



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Anna Neradová

Stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích

Nutrition and drinking regime of nurses on selected wards

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Lukášová Jeřábková

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne

ANNA NERADOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

NERADOVÁ, Anna. Stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích. [Nutrition and drinking regime of nurses on selected wards]. Praha, 2016. 78 s. , 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Jeřábková Lukášová, Lenka.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá stravovacím a pitným režimem všeobecných sester na vybraných pracovištích. Toto téma jsem si zvolila, proto že si myslím, že je aktuální a že je důležité aby se sestry více zajímaly o svůj stravovací a pitný režim. Práce všeobecné sestry, je povolání náročné a to hned v mnoha ohledech. Práce ve směnném provozu je zatěžující a může výrazně zasahovat do kvality života sester. Narušení cirkadiánní rytmicity může vyústit ve spánkové poruchy a mnohá závažná onemocnění. Velmi často k těmto obtížím přispívá právě nevhodná výživa a stravovací režim. Osloveny byly všeobecné sestry pracující ve dvousměnném provozu. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester ve směnném provozu. Mezi dílčí cíle tohoto výzkumu patřilo zmapovat stravovací podmínky všeobecných sester ve dvousměnném provozu, zjistit zda u sester ve dvousměnném provozu došlo k výraznému zvýšení / snížení tělesné hmotnosti (více než 5kg) od nástupu do současného zaměstnání, jestli se sestry ve dvousměnném provozu stravují pravidelně v pěti doporučených dávkách. Dále pak zjistit kolik respondentů z výzkumného vzorku trpí zažívacími a dyspeptickými obtížemi a zdasestry v pracovní směně pijí doporučené množství tekutin. Výzkum byl uskutečněn v rámci nejmenované fakultní nemocnice v Praze. Sběr dat byl realizován pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Hlavní výsledky získaných dat popisuje deskriptivní statistika a pro lepší přehlednost jsou matematické údaje uvedeny v grafech a tabulkách. Výzkumné šetření proběhlo v rozmezí měsíce října a listopadu 2016.

Z výsledků bylo zjištěno, že stravovací režim všeobecných sester je spíše nepravidelný. Všeobecné sestry se během pracovní směny nejčastěji stravují 2 x až 3 x denně. Více než polovina dotazovaných snídá až po příchodu do zaměstnání. Vysoký počet respondentů obědvá mezi 13 – 14 hodinou (79 %) a večeří až doma po příchodu ze zaměstnání (67 %). Sestry nejčastěji večeří až na noční směně (58 %) a stravují se pouze 1 x za noc (62 %). Během denní pracovní směny sice sestry možnost přestávky na jídlo využívají, ale nepravidelně (70 %). Podmínky pro stravování jsou z větší části přijatelné. Výzkum také ukázal, že sestry jsou spíše nespokojeny se svým stravovacím režimem (55 %). Nejčastějším odůvodněním jejich nespokojenosti byla nepravidelnost stravování a nedostatek času. Odpovědi na otázky, které se týkaly pitného režimu ukázaly, že sestry vypijí během pracovní směny 1 – 2 l tekutin (59 %) a stejné množství tekutin vypijí za 24 h. Ze zkoumaného souboru celkem 30 % respondentů vypije méně než 1 l tekutin. Téměř polovina dotazovaných si tekutiny na směnu nosí z domova (49 %) a nebo je má k dispozici na oddělení (44 %). Vysoké procento respondentů (70%) uvedlo, že se u nich od doby nástupu do zaměstnání nevyskytl žádný výrazný úbytek ani nárůst tělesné hmotnosti. Všeobecné sestry z větší části (73 %) netrpí žádnými zažívacími ani dyspeptickými obtížemi.

Význam práce je upozornit na toto téma. Dále podnítit všeobecné sestry k úvahám o svém vlastním stravovacím a pitném režimu a poskytnout jim východisko k jeho

možnému pozměnění. Jako výstup z této práce jsem vytvořila edukační materiál s doporučením pro optimální stravovací a pitný režim pro sestry pracující ve směnném provozu.

Klíčová slova: výživa, pitný režim, životní styl, všeobecná sestra, směnný provoz

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with eating and drinking regime of nurses on selected Wards. I chose this topic because I think it is very actual and it is important to talk about it. Nursing job is very demanding in many ways. The shift work is very hard and it can significantly interfere into life quality of nurses. Disruption of the circadian rhythm can result in sleeping disorders and many serious diseases. It is very often that those difficulties contribute to nutrition and eating regime. The chosen example of nurses were working in day and night shifts. The main goal of this study was to survey the eating and drinking habits of nurses working two shifts. The partial goals of this research were to find out the dietary conditions of nurses working two shifts, to determine whether there is any increase / decrease in body weight (more than five kilograms) from taking up the present job, if nurses in two shifts eat regularly five recommended doses. Then to determine how many nurses from the research sample suffer from digestive and dyspeptic difficulties and to find out if they drink recommended amount of fluids during their work. The research was conducted within the framework of an unnamed hospital in Prague. The data were collected using non-standardized anonymous questionnaire of our own design. The main results obtained data describes descriptive statistics for better clarity mathematical information presented in graphs and tables.

I was found from the results that the diet of nurses is rather irregular. Nurses eat frequently during their shifts 2 to 3 times a day. More than half of those surveyed eat breakfast after coming to work. The high number of respondents have their lunch between 13 to 14 hours (79%) and they have dinner after coming home from work (67%). Nurses frequently have their dinner in the night shift (58%) and eat only one time per night (62%). During the daily work shift the nurses usually have a break but irregularly (70%). Dining conditions for the most part are acceptable. The research also showed that nurses are mostly dissatisfied with their dietary regime (55%). The most frequent reasons for their dissatisfaction were irregular meals and lack of time. Answers to the questions concerning drinking regime showed that nurses drink during working hours 1-2 liters of fluids (59%). A high percentage of respondents (70%) said that from their taking up employment there has been no significant decrease or increase in body weight. Almost all amount of nurses do not suffer from any digestive or dyspeptic complaints (73%).

The meaning of this bachelor thesis is to draw attention to this topic. Furthermore to inspire nurses to reflect on their own eating and drinking regime and provide them a basis for a possible amendment.

Keywords: nutrition, drinking regime, life style, nurses nutrition, drinking regime, shift work

Poděkování

Ráda bych především poděkovala vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Lence Lukášové Jeřábkové za veškerou pomoc, cenné rady, trpělivost a ochotu při psaní mé bakalářské práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svoji rodině, za jejich obětavost a podporu při psaní mé bakalářské práce a po celou dobu mého studia.

Obsah

1. Úvod	1
2. Teoretická část.....	2
2.1. Výživa	2
2.1.1. Patofyziologie výživy	2
2.1.2. Výživová doporučení	7
2.2. Pitný režim	14
2.2.1. Patofyziologie vody v organismu	14
2.2.2. Obecná doporučení pitného režimu	17
2.3. Směnný provoz.....	19
2.3.1. Cirkadiánní rytmy	19
2.3.2. Odpočinek ve směnném provozu	22
2.3.3. Spánek a únava	23
3. Empirická část	24
3.1. Cíle práce	24
3.2. Charakteristika výzkumného vzorku.....	25
3.2.1. Údaje o respondentech	25
3.3. Metodika empirického šetření	29
3.4. Průběh výzkumného šetření	30
4. Vyhodnocení empirické části.....	31
5. Diskuse	46
6. Návrhy pro praxi.....	53
7. Závěr	54
8. Seznam použité literatury a informačních zdrojů.....	55
Seznam zkratk.....	59
Seznam grafů.....	60
Seznam tabulek.....	61
Seznam obrázků.....	62
Seznam příloh.....	63

1. Úvod

Práce ve zdravotnictví je v mnoha směrech velice náročná. Na zdravotnický personál je kladena zátěž, jak v oblasti psychické, tak i fyzické. Povolání všeobecné sestry není v tomto ohledu žádnou výjimkou. Právě naopak, jsou to často sestry, kdo je vytížen nejvíce. Časová vytíženost a náročnost práce všeobecných sester, má často za následek nevhodné stravování a vznik poruch příjmu potravy. Při své práci sestra potřebuje být neustále ve střehu a plně koncentrována. Ovšem směnný provoz, který k této profesi patří, může efektivitu práce značně komplikovat. Směnný provoz může každý z nás snášet jiným způsobem, faktem však zůstává, že narušení fyziologických cirkadiánních rytmů má neblahý vliv na naše zdraví a fungování.

Tématem mé bakalářské práce je stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích. Během svého působení ve zdravotnictví jsem se často setkávala s negativním vnímáním směnného provozu, kdy sestry měly problém s dodržováním správných stravovacích návyků a vhodného pitného režimu. Tyto složky správné životosprávy jsou velice důležité a neměly by být opomíjeny či zlehčovány. To byl tedy jeden z hlavních důvodů, který mě inicioval k výběru tohoto tématu. Dalším důvodem mé volby byl pozitivní ohlas mých kolegů a kolegyně.

V teoretické části jsem se věnovala výživě, jejímu významu a jaká jsou doporučená výživová doporučení. Dále jsem se zabývala pitným režimem a v neposlední řadě také směnným provozem a jeho vlivem na lidský organismus.

Ve výzkumné části jsem zkoumala stravovací a pitný režim u všeobecných sester na vybraných pracovištích, pracujících v dvousměnném provozu. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester ve směnném provozu. Mými dalšími výzkumnými cíly bylo zmapovat stravovací podmínky všeobecných sester ve dvousměnném provozu, zjistit zda u sester ve dvousměnném provozu došlo k výraznému zvýšení / snížení tělesné hmotnosti (více než 5kg) od nástupu do současného zaměstnání, kolik respondentek je spokojeno se svým stravovacím režimem, jestli se sestry ve dvousměnném provozu stravují pravidelně v 5 doporučených dávkách. Dále pak zmapovat počet respondentů, kteří trpí zažívacími a dyspeptickými obtížemi a zda sestry v pracovní směně pijí doporučené množství tekutin.

2. Teoretická část

2.1. Výživa

Pořekadlo „Jste to, co jíte“ se zdá více aktuální, než kdykoli před tím. Konzumace zdravého a čerstvého jídla stimuluje nejen naše chuťové buňky, ale také zlepšuje kvalitu našeho života a prodlužuje jeho délku (Zimmerman & Snow, 2012, s. 726-728). Zdravá strava je důležitá pro udržování celkového zdraví a pocitu celkové spokojenosti, prevenci celkových onemocnění, optimalizaci očekávané délky života a klinickou péči o prakticky všechny chorobné stavy (Zlatohlávek, 2015, s. 286). Výživa je zdrojem energie a látek potřebných k růstu a obnově tkání. Základním úkolem správné výživy je zajistit optimální přívod energie a živin přiměřeně k věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu člověka (Szitányi & Těšínský, 2013, s. 3).

Procesy růstu, obnovy buněk a tkání, látková přeměna (metabolismus), krevní oběh, dýchání a vylučování probíhají po celý život a vyžadují neustálý přívod energie a živin zvenčí ve formě potravin, vody a kyslíku stejně, jako je vyžaduje tvorba tepla, činnost nervové soustavy, žláz s vnitřní sekrecí a imunitního systému.

Všechny látky potřebné pro zajištění životních funkcí jsou obsaženy pouze v jídle. Celkem člověk potřebuje pro zachování života a udržení zdraví přes padesát nutričních složek. Bez jídla člověk vydrží více než 40 dní, bez vody jen asi týden (Turek & Šíma & Michalová, 2013, s. 8).

2.1.1. Patofyziologie výživy

Ve všech věkových skupinách trvale přibývá onemocnění závislých na výživě, především obezity a z ní vyplývajících následných nemocí.

Potraviny a způsob výživy populací se podílí na vzniku až 75 % veškerých onemocnění, přitom u třetiny nemocí jsou hlavními faktory. Mezi nemoci, na kterých se nevhodná výživa podílí méně, ale přesto významně, patří například onemocnění ústní dutiny a trávicího traktu, nervové a infekční nemoci, choroby plic, či vrozené vady. Nemocí bez významného vlivu je málo: úrazy, nemoci svalů, smyslových orgánů, kůže, močových cest a pohlavních orgánů (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 13).

Naše znalosti o významu chybné výživy jako základní příčiny dnes častých onemocnění vycházejí především z epidemiologických údajů. Ty ukazují, že těchto onemocnění přibývá tam, kde skupiny obyvatel opustily tradiční způsob výživy a převzaly západní stravovací návyky. Tato změna je pravidelně spojena i se snížením tělesné aktivity (Kasper & Burghardt, 2015, s. 107).

Patologický vliv nevhodné výživy na lidský organismus

Ještě před několika málo generacemi představovali infekční choroby nejčastější příčinu smrti, a zejména byly odpovědné za předčasná úmrtí a invaliditu. Pokroky v oblasti profylaxe infekcí a ohlédneme-li se od některých virových onemocnění – objev vysoce účinných antibiotik toto riziko z velké části potlačily. Na jejich místo nastoupila aterosklerotická cévní onemocnění, hypertenze a její následky, maligní tumory a onemocnění metabolismu, zvláště pak diabetes mellitus typu 2. Za vývoj všech těchto nemocí je kromě genetické predispozice zcela závazně spoluodpovědný typ výživy, obvyklý v západních průmyslových zemích (Kasper & Burghardt, 2015, s. 107). V této kapitole jsem se zabývala jednotlivými nemocemi, na jejichž vzniku se nevhodná výživa podílí nejčastěji.

Nádory

Nádorová onemocnění představují druhou nejčastější příčinu úmrtí ve vyspělých zemích. Česká republika bohužel zaujímá čelní místa ve výskytu nádorů obecně, prvenství drží v případě nádorů tlustého střeva. (Hlavatá, 2014, s. 23)

Výsledky epidemiologických studií ukazují, že u nás nejčastější maligní tumory jsou převážně podmíněny působením vlivů životního prostředí.

Přihlédneme-li k obrovským nákladům, které diagnostika a terapie tumorů vyžadují, zdá se nepochopitelné, že obyvatelstvo je o možnostech profylaxe informováno jen málo a že naproti tomu při dostatečné znalosti najde jen málo vůle vzniku tumorů předcházet nekouřením a přiměřenou výživou. Je tedy jisté, že výživa podstatnou měrou spoluurčuje incidenci tumorů (Kasper & Burghardt, 2015, s. 451).

Vždy je nutné chápat vliv výživy v kontextu celkového životního stylu a zahrnout i pohybovou aktivitu, nekuřáctví, umírněnou konzumaci alkoholu, a podobně. Také zatím nejsou zcela přesvědčivé důkazy o tom, že by nějaká dieta nebo způsob stravování jednoznačně dokázaly zabránit vzniku nádorových onemocnění nebo je vyléčit. Za vysoce ochranný faktor je považován dostatečný příjem zeleniny a ovoce, kde je známý pozitivní vliv antioxidantů a fytochemikálií. Antikancerogenní účinky se připisují také zelenému čaji a kávě. Diskutován je protektivní vliv vlákniny, vitaminu D a vápníku, výsledky studií však nejsou jednoznačné. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem ve stravě je jednoznačně alkohol, konzumace červeného masa a uzenin, nadměrný příjem soli a celkově strava vedoucí ke vzniku nadváhy a obezity. Jako silné kancerogeny mohou působit látky vznikající v potravinách v průběhu nešetrné tepelné úpravy (Hlavatá, 2014, s. 23).

Obezita

Obezita se stala na přelomu tisíciletí celosvětovou epidemií, která dnes postihuje nejen rozvinuté, ale i rozvojové země. V evropských zemích dosahuje prevalence obezity 10- 20 % u mužů a 15-30 % u žen. V České republice je v současnosti každý pátý dospělý obézní a více než polovina dospělé populace trpí obezitou či nadváhou (Středa, 2013, s. 7). Změny ve výživové a fyzické aktivitě jsou častými výsledky změn v prostředí kolem nás a společnosti, spojené s rozvojem a nedostatkem podpůrných projektů v odvětví zdraví, zemědělství, dopravy, územního plánování, zpracování potravin, distribuce, marketingu a vzdělávání (WHO, 2015).

Odchylka od normální hmotnosti, podmíněna množstvím tělesné hmoty – převážně podílu tuků – se označuje jako otylost, obezita (adepozitas). Při množení tukové tkáně a tím i při zvýšení tělesné hmotnosti nad určitou hranici přibývá různých onemocnění a zkracuje se očekávaná délka života (Kasper & Burghardt, 2015, s. 246). Nadměrná váha s vysokým podílem tuku je tedy hlavním rizikovým faktorem pro mnoho chronických onemocnění a zhoršuje hypertenzi, dyslipoproteinemii, osteoartritidu a způsobuje další problémy muskuloskeletální povahy (Golková, 2011, s. 24). Obezita patří k onemocněním, u kterých je dietní léčba nejvýznamnější. Nejde o pouhé uplatnění diety v redukci hmotnosti, ale i o dietní ovlivnění prognózy obézních. Je chybou, že je léčba obezity často ztotožňována s redukcí hmotnosti. Stejně důležitý jako redukce hmotnosti je u obézních zdravý životní styl. Cílem moderní léčby obezity je redukce tělesné hmotnosti o 5-10 % a udržení dosažené hmotnosti. To je cíl reálný pro každého pacienta. Naopak nereálná snaha o dosažení normální hmotnosti může nemocného od léčby obezity odrazovat.

Hlavním postupem v léčbě obezity je tedy dietoterapie. Není to však jediná léčba a je-li použita samostatně, je obvykle neúspěšná. Léčba obézních může být celkově kombinací až pěti léčebných postupů: dietoterapie, psychoterapie, fyzické aktivity, chirurgické léčby a farmakoterapie. Dietoterapie je postup zásadní a proto nezbytný u každého pacienta (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 105 - 108). Velmi náročným úkolem je přivést klienta k faktu, že v médiích propagované diety při hubnutí nefungují, ale že je nutná trvalá změna životního stylu, která ho ve svém konečném důsledku dovede nejen k váhovým úbytkům, ale i k zvýšení kvality života (Středa, 2013, s. 30).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je chronické onemocnění látkové výměny sacharidů, charakterizované nedostatečnou produkcí nebo nedostatečným účinkem inzulinu v organismu, zvýšenou hladinou cukru v krvi na lačno, postprandiální poruchou látkové výměny a poškození různých orgánů (Stránský, 2014, s. 10).

Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes mellitus typu 1 je chronické orgánově specifické autoimunitní onemocnění, vyvolané selektivním zničením β -buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu, vytvářejících inzulin (Kasper & Burghardt, 2015, s. 277). Do objevu inzulinu po 1. světové válce tito pacienti umírali. Dnes existuje mnoho typů inzulinových injekcí, proto je léčba onemocnění snadná. V minulosti bývala často uváděna jen jedna diabetická dieta. Dnes víme, že neexistuje jedna dieta pro všechny typy cukrovky, proto v tomto hesle vždy zdůrazňujeme odchylky diety při cukrovce 1. typu od diety při cukrovce 2. typu. Diabetik 1. typu je nucen k velmi pravidelnému příjmu šesti jídel denně účinkem inzulinových preparátů. Dále nemá většinou sklony k otýlosti a energetický příjem není výrazně omezen. Rysem moderní diety u Diabetika 1. typu je určitá volnost. Dobře vzdělaný diabetik může často jíst více či méně cukru, než je předepsáno a podle toho upravit dávku inzulinu. Dnes lze dosáhnout stavu, kdy diabetik není v životě handicapovaný vůči zbytku populace (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 79 - 80).

Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus 2. typu je charakterizován hyperglykemií na základě inzulinové rezistence a relativně nedostatečné sekrece inzulinu. Je známo, že diabetes mellitus typu 2 se často kombinuje s jinými chorobami metabolismu a kardiovaskulárního systému, obzvláště s obezitou, dislipidemií a hypertenzí (Kasper & Burghardt, 2015, s. 278). Diabetes 2. typu je podmíněn především geneticky. Diabetes mellitus býval nemocí stáří. Dnes, kdy se celé populace přejídají, se běžně vyskytuje ve středním věku a ojediněle se vyskytuje i u dětí či dospívajících.

Diabetik 2. typu má zvýšenou tendenci přibírat na hmotnosti s ohledem na celoživotní vývoj metabolického syndromu, a proto musí mít dietu méně energeticky bohatou. U pacientů léčených inzulinem je nutný omezený příjem sacharidů. Je nepochybné, že nárůst diabetiků je dán především celosvětovými změnami životního stylu. Na druhé straně je zřejmé, že bez genetické predispozice nemůže diabetes vzniknout. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 79 – 86).

Hypertenze

Hypertenze (vysoký krevní tlak) patří ve vysoce industrializovaných zemích k nejčastějším onemocněním. Při vyhodnocování krevního tlaku a potřebných terapeutických postupů se musí vždy přihlížet k celkovému profilu pacienta (Kasper & Burghardt, 2015, s. 355).

Většina lidí, kteří trpí hypertenzí, nemá žádné příznaky, a proto je také hypertenze známa pod přezdívkou „tichý zabiják“ (WHO, 2015).

Esenciální hypertenze je významné onemocnění, jehož přesnou příčinu neznáme, rozhodně má však blízko k metabolickým onemocněním a metabolickému syndromu. Proto je režimová a dietní léčba u tohoto onemocnění tak důležitá. Významné je na prvním místě odstranění stresu a zvýšení fyzické aktivity a až na druhém místě dieta. Hypertenze je onemocnění především dědičné a částečně podmíněné obezitou a kalorickým excesem v příjmu. Významnou roli hraje příjem sodíku. Historicky nejvýznamnější dietou v léčbě hypertenze je omezení soli, dnes je však důležité i využití dalších diet (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 75).

Podle světové zdravotnické organizace je jednou z možností, jak předejít vzniku hypertenze, právě dodržování následujících dietních doporučení:

1. Podporovat zdravý životní styl s důrazem na správnou výživu u dětí a mladých lidí;
2. Omezit příjem soli na méně než 5 g soli na den;
3. Jíst 5 porcí zeleniny a ovoce za den;
4. Omezit příjem tuků (WHO, 2015).

Ateroskleróza

Ateroskleróza je celkové onemocnění postihující cévy různého průsvitu a různá cévní řečiště. Klinicky nejtypičtějšími projevy jsou ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody a ischemická choroba dolních končetin. Závažné jsou projevy aterosklerózy v oblasti ledvin a střev. Dietní a další režimové vlivy (negativní vliv kouření a absence pohybu) jsou v prevenci aterosklerózy velmi významné. Aterosklerózu vyvolávají takzvané aterogenní dietní vlivy. Dietní opatření v prevenci aterosklerózy jsou prakticky totožná s dietní léčbou zvýšených hladin tuků, hypertenze a cukrovky. V prevenci aterosklerózy by měl být přijímán vyvážený poměr omega-3 a omega-6 polynenasycených mastných kyselin. Racionální (zdravá) výživa má největší význam v prevenci vzniku a rozvoje aterosklerózy. Nesprávné stravovací návyky jsou spolu s rizikovými faktory (hypertenze, cukrovka, cholesterol a vyšší hladiny tuků, kouření, málo pohybu, stres, nadváha, dědičnost) nejčastější příčinou srdečních a mozkových cévních onemocnění. Racionální výživa nepředstavuje zvláštní dietu, ale způsob jakým bychom se měli stravovat všichni (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 57-59).

BMI (Body Mass Index)

Body Mass Index (BMI) je jednoduchý index tělesné hmotnosti a výšky, která se běžně používá pro klasifikaci podváhy, nadváhy a obezity u dospělých. Je definována jako hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech (kg / m^2).

Například, dospělý, který váží 70 kg a jejichž výška je 1,75 m bude mít BMI 22,9 (WHO, 2006).

Obrázek č.1: BMI 2006, WHO

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

2.1.2. Výživová doporučení

Zdravý životní styl je považován za nejdůležitější faktor, na kterém závisí kvalita našeho života. Dodržování zdravého životního stylu se stalo aktuálním tématem. Návodů a doporučení, jak „správně žít“ najdeme mnoho, záleží ale jen na nás, jakým způsobem převezmeme odpovědnost za své zdraví a jak se těmito návody budeme řídit (Vybíhalová, 2013, s. 20-21).

Vztahy mezi výživou a rozvojem dnes častých onemocnění jsou přes veškeré obtíže v přítomné době již objasněny natolik, že je možné vyslovit doporučení, jak těmto chorobám předejít (Kasper & Burghardt, 2015, s. 107).

Ve většině průmyslově vyspělých zemí jsou již po desetiletí vydána výživová doporučení pro obyvatelstvo, která jsou průběžně inovována. V roce 2007 byl přijat pracovní dokument komise Evropských společenství s názvem: Strategie pro Evropu, týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou (bílá kniha). Uvedený dokument uvádí, že lze předpokládat, že 80 % případům onemocnění srdce, cévních mozkových příhod, diabetu mellitu 2. typu a 40 % případům rakoviny by bylo možno předejít, pokud by se vyloučily rizikové faktory běžného životního stylu (Dostálová & Dlouhý & Tláškal, 2012, s. 80).

Obecná výživová doporučení

Hlavní nutriční cíle, jichž je třeba v Evropě a severní Americe dosáhnout, popisují dokumenty WHO. Podle WHO většina hlavních faktorů, které se uplatňují nepříznivě na zdraví člověka souvisí s výživou. V pořadí závažnosti jsou to: nadbytečný příjem soli, vysoký příjem alkoholu, nevhodné složení tuku, vysoký příjem energie a nedostatečný příjem ovoce a zeleniny. Nesprávná výživa se tak významně podílí na řadě onemocnění, které ovlivňují aktivitu člověka a zvyšují riziko předčasného úmrtí (Dostálová & Dlouhý & Tláskal, 2012, s. 80).

Mezi dokumenty vydané organizací WHO patří například globální strategie výživy, fyzické aktivity a zdraví (Global Strategy on Diet, Physical activity and Health), která shrnuje z hlediska aktivity pět hlavních nutričních cílů:

1. Dosáhnout energetické rovnováhy a zdravé hmotnosti
2. Omezit příjem energie z tuků a posunout spotřebu nasycených mastných kyselin (SMK) směrem k nenasyceným, vyloučit trans-formy mastných kyselin.
3. Zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin a ořechů.
4. Omezit příjem volných cukrů.
5. Omezit spotřebu soli (sodíku), jodizovat sůl.

Tato tvrzení vycházejí a jsou v souladu s většinou doporučení mezinárodních vědeckých institucí a společností, zabývajících se kardiovaskulárními a nádorovými chorobami, obezitou či diabetes mellitus (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 17-19).

Pro dosažení cílů vydaných pro Evropu (WHO) a s doporučením odborných společností by mělo být dosaženo těchto změn v různých parametrech:

- 1) Z hlediska nutričních parametrů
- 2) Z hlediska spotřeby potravin
- 3) Z hlediska složení potravy

Změny stravování z hlediska nutričních parametrů

- 1) Upravení příjmu celkové energetické dávky u jednotlivých populačních skupin v souvislosti s pohybovým režimem tak, aby bylo dosaženo rovnováhy mezi jejím příjmem a výdejem pro udržení optimální tělesné hmotnosti v rozmezí BMI 18 – 25 u dospělých, u dětí v rozmezí mezi 10 – 90 percentilem referenčních hodnot BMI nebo poměru hmotnosti k výšce dítěte.
- 2) Snížení příjmu tuku u dospělé populace tak, aby celkový podíl tuku v energetickém příjmu nepřekročil 30 % optimální energetické hodnoty (tzn. U lehce pracujících cca 70g na den), u vyššího energetického výdeje 35 %. Příjem nasycených mastných kyselin by měl být nižší než 10 % (20 g), polyenových 7-10 % z celkového energetického příjmu.
- 3) S nížení spotřeby přidaných jednoduchých cukrů na maximálně 10 % z celkové energetické dávky (tzn. U dospělých lehce pracujících cca 60 g na den).
- 4) Zvýšení příjmu kyseliny askorbové neboli vitamínu C na 100g denně, zvýšení příjmu vlákniny na 30 g za den a zvýšení příjmu dalších ochranných látek (Dostálová & Dlouhý & Tláškal, 2012, s. 81).

Změny stravování z hlediska spotřeby potravin

- 1) Snížení příjmu živočišných tuků a zvýšení podílu rostlinných olejů v celkové dávce tuku, z nich zejména oleje olivového a řepkového, pokud možno bez tepelné úpravy pro zajištění optimálního složení mastných kyselin přijímaného tuku. Výrazné omezení příjmu potravin obsahujících kokosový tuk, palmojádrový tuk a palmový olej.
- 2) Snížení příjmu cukru a omezení jeho náhrady fruktózou nebo sorbitolem. Zvýšení spotřeby zeleniny a ovoce včetně ořechů (vzhledem k vysokému obsahu tuku musí být příjem ořechů v souladu s příjmem ostatních zdrojů tuku, aby nedošlo k překročení celkového příjmu tuku) se zřetelem k přívodu ochranných látek, významných v prevenci nádorových i kardiovaskulárních onemocnění.
- 3) Denní příjem zeleniny a ovoce by měl dosahovat 600 g, včetně zeleniny tepelně upravené, přičemž poměr zeleniny a ovoce by měl být cca 2:1.
- 4) Zvýšení spotřeby luštěnin jako bohatého zdroje kvalitních rostlinných bílkovin s nízkým obsahem tuku, nízkým glykemickým indexem a vysokým obsahem ochranných látek. Nahrazování výrobků z bílé mouky výrobky z mouky tmavé nebo celozrnné.

- 5) Preferovat příjem potravin s nižším glykemickým indexem – luštěniny, celozrnné výrobky, těstoviny. Zvýšení spotřeby ryb a rybích výrobků (400 g za týden) (Dostálová & Dlouhý & Tláškal, 2012, s. 81).

Změny stravování z hlediska složení potravin

- 1) Snížit obsah trans-nenasycených a nasycených mastných kyselin v jedlých tucích i ve výrobcích, kde se jedlé tuky používají. Omezit používání kokosového a palmového oleje.
- 2) Snížit obsah cukru v nápojích a některých potravinách např. v džemech, kompotech, omezit některé druhy pečiva a podobně.
- 3) Rozšířit sortiment výrobků z obilovin s nižším glykemickým indexem. Udržet a rozšířit nabídku mléčných výrobků.
- 4) Rozšířit nabídku zeleninových salátů, luštěnin, potravin s nižším obsahem soli (Dostálová & Dlouhý & Tláškal, 2012, s. 82).

Doporučení dále připomínají, že je nutné dodržovat správný stravovací režim. Jíst pravidelně tři hlavní jídla denně s maximálním energetickým obsahem pro snídani 20%, oběd 35 % a večeři 30 % a dopolední a odpolední svačinu s maximálně 5 – 10 energetickými % a pauzou přibližně 3h mezi jednotlivými denními jídly (Adámková, 2011, s. 427).

Výživová doporučení vydaná v ČR

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo v roce 2005 oficiální dokument Výživová doporučení MZ ČR pro návrhy postupů k implementaci globálních postupů pro implementaci Globální strategie pro Českou republiku v níže uvedených bodech:

- 1) Jezte vyváženou a pestrou stravu založenou více na potravinách rostlinného původu.
- 2) Udržujte svou hmotnost a obvod pasu v doporučeném rozmezí.
- 3) Jezte různé druhy ovoce a zeleniny, alespoň 400 g denně, přednostně čerstvé a místního původu.
- 4) Kontrolujte příjem tuků, snižte spotřebu potravin s jejich vysokým obsahem (uzenin, tučných sýrů, čokolád) a dávejte přednost rostlinným olejům před živočišnými tuky. Denně konzumujte mléko nebo mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku.
- 5) Několikrát denně jezte chléb, pečivo, těstoviny, rýži nebo další výrobky z obilovin.
- 6) Nahrazujte tučné maso a masné výrobky rybami, luštěninami a netučnou drůbeží.
- 7) Pokud pijete alkoholické nápoje, vyvarujte se jejich každodenní konzumace a nepřekračujte denní dávku 20 g alkoholu (tj. 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo c1 40 % destilátu)
- 8) Omezujte příjem kuchyňské soli, celkový denní příjem soli nemá být vyšší než 5 g (1 čajová lžička), a to včetně soli skryté v potravinách. Používejte sůl obohacenou jódem.
- 9) Vybírejte potraviny s nízkým obsahem cukru, omezujte sladkosti.
- 10) Sladké nápoje nahrazujte dostatečným množstvím neslazených nápojů.
- 11) Podporujte plné kojení do ukončení 6. měsíce věku, poté kojení s příkrmem do 2 let věku dítěte i déle (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 17-19).

Inovovaná Doporučení pro výživu obyvatel České republiky z 20. 1. 2009 shrnují doporučení řady odborných společností a zjednodušují pro praktické využití moderní

poznatky výživy v souladu s doporučením regionálního úřadu pro Evropu Světové zdravotnické organizace (WHO) (Adámková, 2011, s. 427).

Výživová doporučení pro všeobecné sestry pracující ve směnném provozu

Formulace výživových doporučení pro pracující na noční směny je velmi obtížná a naráží na několik problémů (Martykánová, 2013, s. 14). Všeobecné sestry hrají významnou roli v poskytování zdravotnické péče v práci u lůžka, v ordinaci praktických lékařů či v poskytování péče a vzdělávání jako součást veřejného zdraví. Jsou to pečovatelky, záchránkyně životů, lidé, na které se můžete kdykoli s důvěrou obrátit. Je proto velice důležité, aby sestry tak jako pečují o druhé, pečovaly také o sebe. Pokud se zdravotničtí profesionálové, jako například všeobecné sestry, budou starat o své vlastní zdraví, je pravděpodobné, že jim to pomůže i k poskytování kvalitnější péče pacientům.

Hlavním kritickým bodem v dodržování správné výživy je zajištění konzistentního nutričního příjmu. To znamená, že by měl člověk jíst po většinu dní pravidelně v podobě menších porcí a svačin. Pokud je lidské tělo pravidelně živeno, lépe vstřebává živiny a tak je neukládá pro pozdější využití ve formě nadměrných tukových zásob. Tento princip stravování platí nezávisle na noční či denní pracovní směně (Reed, 2014).

Úskalí v oblasti stravování všeobecných sester při nočním směnném provozu

Zvládání nočních směn a jejich negativních důsledků je individuální. Předně organismus člověka je nastavený tak, aby během noci odpočíval a regeneroval. Při hladovění dochází během této fáze k využití energie z tukových zásob. Pokud jíme v noci, nejsou v organismu ideální podmínky pro správné trávení, vstřebávání a využití živin a dochází k narušení střevní motility. Přijmeme-li za svou variantu, že jíst během noci je vzhledem k pracovnímu nasazení nutné, nemáme, co se týče nutričního složení nejvhodnější stravy, zatím žádné vědecky podložené důkazy. Dalším neméně významným problémem v mnoha provozech jsou podmínky pro stravování během noční směny a také dostupnost stravy (Martykánová, 2013, s. 14).

Existují určitá opatření, která sestrám mohou napomoci ubránit se nástrahám ve výživě úzce související se stresory, které právě tato profese přináší. Takové nástrahy jsou ve zdravotnictví velmi časté. Patří k nim například časté využívání nemocniční kavárny či místní fast food restaurace k nákupu svačiny či hlavního jídla, které svádí svojí chutí k jeho nadměrné konzumaci. Jako další nástrahu mohu uvést používání jídelních automatů či dárkových obchodů, konzumaci kalorických nápojů, kávy a sladkostí k překonání obtížné situace týkající se pacientů. Nástrahou mohou být také sladké děkovné dary od pacientů. Znalost několika jednoduchých postupů zdravého

stravování může sestrám pomoci odolat svodům a podpořit udržení jejich zdravých stravovacích návyků v práci (Reed, 2014).

Výživová doporučení pro všeobecné sestry, které pracují v nočním provozu

- 1) Snažte se mezi půlnocí a 6. hodinou nejíst nebo alespoň jíst málo.
- 2) 1 – 2 hodiny před hlavním spánkem nejezte větší jídlo (více než 20 % celkového energetického příjmu).
- 3) Jezte pestrou stravu zahrnující potraviny ze všech skupin (obiloviny, zelenina, ovoce, mléčné výrobky, maso).
- 4) Omezte konzumaci potravin s vyšším obsahem přidaného cukru.
- 5) Snažte se jíst v co nejpříjemnějším prostředí, pokud možno mimo vaše pracoviště.
- 6) Ve volných dnech se snažte o zdravý životní styl zahrnující dostatek vhodné pohybové aktivity.
- 7) Nasnídejte se, i když jdete potom spát, vyhněte se předčasnému probouzení z důvodů hladu.
- 8) Rozdělte si svůj 24 hodinový příjem do 3 hlavních jídel o obsahu 20 – 30 % celkové energie. Pokud máte vyšší výdej energie, jezte častěji.
- 9) Během noční směny si vybírejte zdravější varianty svačin např. ovoce, zeleninové saláty, zeleninové polévky, jogurt, cottage sýr, vařené vejce, obložený chléb, ořechy namísto sladkostí.
- 10) Dejte pozor na komerčně slazené nápoje (Martykánová, 2013, s. 14).
- 11) Plánujte a připravujte si stravu na noční směnu dopředu (Reed, 2014).

Ošetrovatelství je náročná profese a je tedy nutné, aby se sestry o sebe začaly starat a pochopily důležitost dodržování správných stravovacích návyků. Zdravý životní styl je důležitý jak pro pacienty, o které pečují, ale především pro ně samé (Reed, 2014).

2.2. Pitný režim

Vodu považujeme za součást života, za něco co je samozřejmé, ale ne vždy tomu tak je. Dnes a denně ze všech stran slyšíme, jak je důležité vypít určité množství tekutin. Ale i když je člověk zdravý, může pro něj být problém dodržovat pitný režim, který je pro fungování jeho organismu tolik důležitý (Dubjelová, 2011, s. 15).

Stále častěji se setkáváme s přemírou protichůdných a často neopodstatněných informací týkajících se pitného režimu. Často se opakují doporučení, která příjem tekutin paušalizují. Ve skutečnosti je potřeba tekutin velmi individuální a tento fakt je často opomíjen. Pitný režim není ovlivněn jen kvantitou tekutin, ale i jejich kvalitou (Pokorná & Matějová, 2010, s. 38).

2.2.1. Patofyziologie vody v organismu

„Tělní tekutiny důsledně kopírují složení mořské vody. Tělo je velmi pečlivě dodržuje, jinak dochází k chorobám, případně až kolapsu.“ (Zadák, 2014, s. 3)

Fyziologie

Funkce vody v lidském těle je rozmanitá. Všechny buňky v těle, v kůži, ve žlázách, ve svalech, v mozku či kdekoli jinde, mohou plnit svou funkci pouze s dostatkem vody. Voda je základním prvkem chemických, biologických a mechanických funkcí organismu. Působí jako reaktant při hydrolitických (většina trávicích procesů) a hydratačních reakcích. (Eliášová & Štarhová, 2012, s. 16). Pro svou velkou tepelnou kapacitu má významnou roli v tepelném hospodářství, slouží k udržení koloidů v rozpuštěném stavu, působí při většině trávicích procesů a hydratačních reakcích, účastní se řízení toku energie. Kromě toho zvlhčuje a chrání sliznice a udržuje odolnost a pružnost kůže (Šefčíková, 2014, s. 87).

Celková tělesná voda (CTV)

Muži: 62 % podílu celkové tělesné hmotnosti (CTH);

Ženy: 51 % podílu CTH;

Novorozenci: 76 – 78 % podílu CTH;

Intracelulární tekutina (ICT)

Obecně se předpokládá, že tvoří 40 % CTH (v buňkách, měkkých tkáních, ve svalech, v pojivu, v chrupavkách a v kostech).

Extracelulární tekutina (ECT)

Tvoří 20 % CTH. Její objem se u kriticky nemocných může velmi rychle měnit. Dělí se na intersticiální a intravazální tekutinu.

Intersticiální tekutina (IST)

Tvoří 10-15 % CTH. Zajišťuje výměnu látek mezi buňkou a zevním prostředím. Buňky trpí při jeho nedostatku i nadbytku zhoršením této výměny. Iontové složení je podobné jako v plazmě, s výjimkou malé koncentrace bílkovin.

Intravazální tekutina (IVT)

Plazma obsahuje vodu, představující 3,5-5 % CTH.

Transcelulární tekutina

Patří k ní cerebrospinální mok, kloubní tekutina a tekutina v trávicím ústrojí. Nelze ji počítat k žádné ze složek ECT. Celkové množství zpravidla nepřesahuje 500 ml, ale po jídle stoupá na 2-3 litry.

Tekutiny ve třetím prostoru

Vyskytují se jen za patologických situací, funkčně je nelze řadit ani k ECT, ani k ICT. Patří sem například patologické hromadění tekutin v ileu a v peritoneu při peritonitidě. Patří sem i traumatický edém nebo ascitická tekutina (Kazda, 2012, s. 3).

Příjem vody

- Voda jako nápoj – tímto způsobem získáme 1000 – 1500 ml vody.
- Příjem vody v potravě – tímto způsobem získáme asi 1000 ml, závisí na složení potravy, například v zelenině je vody více.
- Voda vznikající při oxidačních pochodech – asi 300 ml/den.

Ztráta vody

- Celkové denní ztráty 2000 –2500 ml.
- Močí – denní diuréza představuje za normálních okolností 1000–1500 ml vody.

- Kůží – neznatelné pocení asi 50 ml vody denně, výdej záleží na intenzitě tělesné činnosti.
- Plícemi – při dýchání se vyloučí 400 ml vodní páry.
- Trávicím traktem – stolicí se vyloučí 100 ml vody (při průjemovitých onemocněních více). Voda se může ztrácet i zvracením.

Trávicích šťáv se vyloučí denně do trávicí trubice 8–9 litrů, ale část se pak zpětně vstřebává v tenkém a tlustém střevě, takže stolicí se vyloučí pouze 100 ml vody. V ledvinách se glomerulární filtrací vytvoří 170 litrů primární moči, z toho se 168,5 litru vstřebá zpět do krve a do moči se vylučuje pouze 1,5 l vody (Šefčíková, 2014, s. 86).

Patologie vody v organismu

Pocit žízně

Žízeň vzniká během dvou situací. O extracelulární žízni mluvíme, když je málo vody v krevní plazmě a mezi buňkami nebo když tělo ztrácí krev. Buněčná žízeň nastává, pokud je málo vody v buňkách. Buněčná žízeň je čato spojena s vysokou hladinou angiotensinu II. Tento hormon zužuje cévy a zvyšuje krevní tlak. Proto se do pocitu žízně překvapivě zapojují i receptory krevního tlaku – baroreceptory. Oba základní druhy ztráty vody jsou provázány. Když je jí totiž málo v krvi a v mezibuněčné tekutině, vytéká voda i z buněk, které jakoby vysychají. Důležitou přepínací stanicí pro žízeň máme v mezimozku v míše. Je obdivuhodné, jak je hustota „mořské vody v nás“ pečlivě hlídána. Každý pocit žízně bychom měli vnímat jako vážné upozornění na potřebu organismu, kterou neváhejme hned uspokojit vodou nebo osmoticky slabými nápoji (Vyskočil, 2014, s. 135-136).

Dehydratace

Pokud nedochází k vyrovnávání ztrát tekutin a minerálů, dochází v organismu k dehydrataci, což je ztráta a nedostatek vody v organismu. Je nebezpečná zvláště u dětí, které ještě nemají dostatečně vyvinuté způsoby její kompenzace. Kromě čisté vody se z těla mohou ztrácet i ionty sodík, draslík, chlor a podobně. Ty je pak nutné s vodou léčebně doplnit iontovými nápoji, infuzemi. Dehydratace se dělí na hypertonickou dehydrataci, hypotonickou dehydrataci a izotonickou dehydrataci.

Hypertonická dehydratace

Snižuje objem mimobuněčné i vnitrobuněčné tekutiny. Příčinou je nedostatečný příjem tekutin, nebo větší ztráta při diabetes insipidus, při diabetickém kómatu, u

hyperventilace nebo iatrogenně navozené osmotické diuréze. Projevuje se sníženým turgorem tkání, suchou sliznicí, žízní, hypovolemií manifestující se snížením centrálního žilního tlaku, hypotenzí a tachykardií. Jako zdroj čisté vody se podává 5 %, 10 % a 20 % glukóza, napřed po malých dávkách, dojde-li ke snížení centrálního žilního tlaku, dávky se zvyšují. Vyznačuje se ztrátou tělesné hmotnosti, sníženým kožním turgorem, bledou pokožkou, mírně oschlými sliznicemi, oligurií, tonus může být normální, nebo zeslaben, tachykardií, v pokročilém stadiu dochází k poruchám vědomí, křečím, rozvoji šoku až bezvědomí.

Hypotonická dehydratace

Hypotonická dehydratace je snížená mimobuněčná tekutina a zvýšený objem buněk, tedy objem vnitrobuněčné tekutiny, současně dochází ke ztrátě sodíku. Vzniká při hrazení extracelulární tekutiny pitím čisté vody nebo infuzemi glukózy při nedostatečném přívodu sodíku. Příčinou může být renální insuficience, zvracení, průjemy, velké pocení. Projevuje se poklesem krevního tlaku, ortostatickými poruchami, křeče.

Izotonická dehydratace

Izotonická dehydratace je izolovaná ztráta izotonické, mimobuněčné tekutiny, vnitrobuněčná se nemění. Jde o souběžný deficit sodíku a deficit vody, při zachování koncentrace sodíku, a tím normální osmolaritě. Hlavním rysem je zmenšení objemu extracelulární tekutiny. Objevuje se u těžkých průjmů a zvracení, u některých ledvinových onemocnění. Může dojít k anurii, hypotenzi, apatii až rozvoji šoku. Léčba spočívá v hrazení izotonické tekutiny (NaCl) (Šefčíková, 2014, s. 87).

2.2.2. Obecná doporučení pitného režimu

Podle Pokorné a Matějové se v dnešní době objevují tendence doporučené množství tekutin paušalizovat. Často se veřejnost setkává s doporučením, které uvádí, že je nutné vypít minimálně 2, 5 l tekutin či více. Rozhodně se nedá říci, že by toto doporučení bylo opodstatněné. Záleží na mnoha faktorech – pohlaví, věku, hmotnosti a složení těla, okolní teplotě a vlhkosti vzduchu, zdravotním stavu apod. Každý člověk by měl být poučen o příznacích dehydratace, aby byl schopen optimálně regulovat svůj příjem tekutin. Správné doporučení by se nemělo týkat jen kvantity, ale i kvality (2010, s. 38).

Optimální pitný režim

Výživová doporučení zaměřená na vyrovnanou bilanci spotřeby a výdeje vody se nazývají pitný režim (Výživa a potraviny, 2015, s. 113).

Pod pojmem pitný režim rozumíme vědomé udržování dostatečného množství tekutin a minerálních látek v organismu. Je velmi často opomíjenou částí v oblasti výživy. Lidé běžně řídí příjem tekutin pomocí pocitu žízně. Žízeň už je pro organismus určitá forma stresu, ke kterému by nemělo docházet a který je pro člověka zbytečnou zátěží. Pít bychom měli pravidelně, po menších dávkách po celý den a žízni tak předejít. Pocit žízně je ochranný mechanismus těla. Nastoupí ve chvíli, kdy zaznamená nedostatek vody. Pro zajištění dostatečného množství tekutin během výkonu je důležité pravidelné pití v menších dávkách. Člověk získává denně okolo 800 ml vody z potravin, kdy nejlepšími zdroji jsou ovoce a zelenina, které obsahují více jak 70 % vody (Šefčíková, 2014, s. 87 - 88). Faktory ovlivňující pitný režim jsou: cvičení, životní prostředí, počasí, nemoc či zdravotní stav, těhotenství a kojení (Pruthi, 2014).

Hlavní složkou pitného režimu by měla být voda. V první řadě se jedná o vodu pitnou z kohoutku a dále pak vody balené. Voda z veřejného vodovodu má velkou výhodu. Neustále se obměňuje a není vystavena vysokým teplotám či slunečnímu záření. Slazené a sycené nápoje jsou sice díky své chuti oblíbené, mají ale ze zdravotního hlediska řadu nevýhod. Káva a alkohol jsou považovány za nápoje, které není vhodné zařazovat do pitného režimu (Pokorná & Matějová, 2010, s. 38 - 40). Přestože byla káva považována za lehké diuretikum, v současné době se ukazuje na podkladě studií, že konzumace menšího množství kofeinu (tedy množství kofeinu pod 300 mg odpovídající čtyřem šálkům kávy) neovlivňuje diurézu a stav hydratace v klidu ani při cvičení (Kohout, 2011, s.28).

Zásady pitného režimu

1. Základ pitného režimu tvoří neenergetické nápoje – voda z veřejného vodovodu, případně balené vody s mineralizací 150 – 500 mg/l. Tekutiny lze doplnit dle potřeby vodou více mineralizovanou či jiným druhem nápoje.
2. Nápoje s vysokým obsahem sacharidů obsahují zbytečně velké množství energie. Většina slazených nápojů obsahuje i vyšší množství přidaných látek, jejichž příjem není žádoucí.
3. Doporučuje se nekonzumovat často nápoje s vyšším obsahem oxidu uhličitého.
4. Při nákupu balených vod je důležité sledovat obsah minerálních látek, především celkovou mineralizaci. Mělo by být sledováno i skladování balené vody – ne na slunci a při vyšších teplotách.
5. Pít v průběhu celého dne, předcházet pocitu žízně. Pocit žízně je již indikátorem vzniklé dehydratace. Ztráta více než 5 % hmotnosti těla v důsledku dehydratace snižuje výkon o 30 %.

6. Ideální teplota nápoje se má pohybovat kolem šestnácti stupňů a výše. Nižší teploty nápojů pocit žízně následně zvyšují tím, že vedou k překrvení sliznic hltanu (Pokorná & Matějová, 2010, s. 38 - 40).

7. Denní příjem kávy by neměl překročit množství nad 300 mg kofeinu (čtyři šálky) za 24 h (Kohout, 2011, s. 27).

2.3. Směnný provoz

Změna životního stylu celé společnosti, která nastala v posledních dekadách, si vynutila změny v chování a návycích velké části populace. Došlo a dochází k rozvoji celých odvětví, která nerespektují klasickou denní pracovní dobu a využívají celého dne včetně noci a víkendů (Pretl, 2014, s. 25-28). Práce v noci se stala rozšířeným fenoménem. Podle údajů různých statistik pracuje v noci více než 18 – 30 % procent ekonomicky aktivního obyvatelstva, více mužů než žen. V některých profesích je potřeba práce v noci nezbytná (u složek záchranného systému), jinde je výsledkem ekonomického zájmu (Rakárová, 2014, s. 75).

2.3.1. Cirkadiánní rytmy

Jeden z předních světových expertů na otázky vazeb metabolismu s cirkadiánní rytmicitou Satchidananda Panda z amerického Salk Institute říká:

“V noci a ve dne jsme zcela odlišní tvorové. Během několika posledních desetiletí jsme se vlastní nedbalostí vystavili velkému experimentu. Denní světlo už nám neurčuje, kdy budeme jíst, a dostáváme se tak do neblahého začarovaného kruhu” (Jaroslav, 2014, s. 73).

Řada funkcí lidského těla pracuje v jistých cyklech. Některé cykly trvají zlomek vteřiny (depolarizace buněk SA uzlu), další minuty, hodiny, den nebo měsíc (menstruační cyklus) (Rakárová, 2014, s. 75). Cirkadiánní rytmicita patří bezmála k univerzálním zákonitostem pozemského života. Výjimek je jen málo. Člověk patří k tvorům, kteří mají celkem přísnou cirkadiánní rytmicitu, a její narušování pro něj mívá poměrně závažné zdravotní následky. Lidé s narušeným denním režimem, například pracující v třísměnných provozech, čelí zvýšenému riziku obezity a kardiovaskulárních chorob. Toto riziko je u nich zvýšeno o 40 %. Často jsou tyto zdravotní problémy přičítány především poruchám spánku. Ve skutečnosti ale má podobně neblahý vliv i příjem potravy v hodinách, které jsou za normálního denního režimu vyhrazeny odpočinku a spánku (Jaroslav, 2014, s. 72).

Patofyziologie cirkadiánní rytmicity

Fyziologie

Cirkadiánní rytmy jsou fyziologické a behaviorální rytmy s opakující se periodicitou přibližně 24 hodin, generované endogenním biologickým pacemakerem, suprachiasmatickým jádrem (SCN) v předním hypotalamu (Pretl, 2014, s. 25-28). U převážné většiny lidí je spontánní periodičita cirkadiánních rytmů o něco delší (sovy), menšina má pak cyklus kratší než 24 hodin (skřivánci). Synchronizace tohoto udavatele času s okolním světem a délkou dne je zabezpečena tzv. synchronizátory. Nejsilnější synchronizátor je střídání světla a tmy, těmi slabšími jsou gravitační pole, elektromagnetické pole, kosmické záření, sociální kontakty, chování, zvyklosti, příjem potravy. Na detekci světelných podnětů jsou v sítnici buňky s pigmentem melatoninem, které jsou nejcitlivější na vlnovou délku modrého světla – reagují na záření TV obrazovek, monitorů, ale nikoli na světlo ohně. Aferentní impulzy jsou pak vedeny retinohypothalamickým traktem do SCN, kde ovlivňují vnitřní hodiny, ale i do další části v mozku, kde by mohly ovlivňovat náladu či imunitní systém. Souhrou těchto vnitřních a vnějších faktorů dokáže organismus předvídat rytmické změny vnějšího prostředí a začít s přípravnou reakcí na ně, ještě než tyto změny reálně nastanou, a tím si usnadňuje úkol udržet dynamickou homeostázu organismu (Rakárová, 2014, s. 75).

Cirkadiánní rytmy tedy kontrolují velké množství biologických procesů – rytmus spánku a bdění, tělesnou teplotu, příjem potravy, sekreci hormonů, homeostázu glukózy, regulují buněčné cykly. Desynchronizace rytmů negativně ovlivní zmíněné procesy. Cirkadiánní rytmicitu jedince ovlivňuje prostředí, ve kterém žije (střídání světla a tmy, sociální a fyzické aktivity). Hlavními klinickými projevy jsou insomnie či hypersomnie, eventuálně jejich kombinace. Diagnosticky je nejpřínosnější anamnestické vyšetření, spánkový deník a aktigrafie. V terapii se využívá nejčastěji fototerapie a podávání melatoninu (Pretl, 2014, s. 25-28).

Patologie

Noční práce vede k posunu času práce a odpočinku oproti normální časové struktuře biologických rytmů těla, a tím narušuje přirozené cirkadiánní biorytmy fyziologických funkcí (Rakárová, 2014, s. 76). Ve vyspělých zemích pracuje v současné době přibližně pětina populace ve směnném režimu.

Vlivy směnného provozu na lidský organismus

- 1) Poruchy spánku
- 2) Kardiovaskulární systém = v pracovním prostředí se nachází více rizikových faktorů, které mohou mít vliv na vznik kardiovaskulárních nemocí (chemické znečištění, hluk, psychický stres, vibrace). Samotná práce v nočních směnách pak zvyšuje toto riziko o 40 %.

- 3) Trávicí trakt = v celé populaci jsou nemoci GIT vcelku rozšířené, ale u lidí pracujících v nočních směnách pozorujeme ještě větší incidenci. Velmi časté obtíže jsou potíže s vyměšováním (obstipace, průjem) a vředová choroba gastroduodena. Její riziko je u pracujících v noci asi dvojnásobné oproti zaměstnancům pracujících pouze v denních směnách.
- 4) Reprodukční funkce = ženy pracující v nočních směnách mají častěji nepravidelný menstruační cyklus, premenstruační syndrom i zvýšené riziko spontánních potratů.
- 5) Nádory = mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny IARC zahrnuje práci v noci (a s ní spojené narušení cirkadiánních rytmů) mezi karcinogeny – do skupiny IIA (pravděpodobně karcinogenní v roce 2007).
- 6) Infekční nemoci = nejdůležitější z mediátorů cirkadiánních rytmů v organismu je melatonin. Přítomnost melatoninových receptorů v imunitních orgánech i fakt, že lymfocyty produkují melatonin, poukazuje na jeho úlohu v imunitní odpovědi. Podle některých studií, které se zabývaly vlivem noční práce na celkovou antioxidační kapacitu krevní plazmy, byla tato kapacita po noční směně signifikantně nižší ve srovnání s denní směnou. To by mohl být jeden z hlavních faktorů zodpovědných za vyšší incidenci infekčních nemocí u zaměstnanců pracujících na v nočních směnách.
- 7) Vliv na rodinu a sociální vztahy jedince = práce na směny a zejména práce v noci se přenáší i do rodinného a společenského života a představuje další stresující faktor. Může pak vyvolat i závažnější psychosomatické potíže. Spánková deprivace může vést k vyšší vznětlivosti, a tím k interpersonálním konfliktům a partnerským obtížím (Rakárová, 2014, s. 75-78).

Poruchy spánku

Mezi poruchy cirkadiálního rytmu řadíme zpožděnou fázi spánku, předsunutou fázi spánku (doba usínání je posunuta o minimálně dvě hodiny oproti konvencím), nepravidelný rytmus spánku a bdění (periody spánku a bdění se vyskytují náhodně během dne), volně běžící rytmus (vlastní biologický rytmus spánku a bdění není synchronizován s vnějším prostředím), poruchu spánku a bdění při směnném provozu a poruchu spánku a bdění při posunu časovým pásem (jet lag syndrom).

Podle definice je porucha spánku a bdění definována obtížemi trvajících nejméně jeden měsíc, kdy se projevuje excesivní spavostí během požadované bdělosti anebo příznaky nespavosti v době, kdy by měl nebo mohl jedinec spát ve spojení s nekonvenční pracovní dobou. Patofyziologicky jde o neschopnost synchronizace biologických (endogenních) hodin s realitou, kdy v době přirozené pro spánek je vyžadována bdělost. Pacienti jsou ve vyšším abusu alkoholu, nárůstu hmotnosti, rozvoje hypertenze a kardiovaskulárních chorob. Je popisován vyšší výskyt nádorů prsu a

endometria, v souvislosti ze zmíněných chorob dochází k nárůstu sociálních a ekonomických rizik (nehodovost, pracovní neschopnost, pokles produktivity práce, roste potřeba zdravotní péče) (Pretl, 2014, s. 25-28). V posledních letech byla definována v Mezinárodní klasifikaci poruch a spánku i položka Porucha spánku spojená s prací na směny (307. 45-1): Příznaky nespavosti nebo nadměrné spavosti, které se vyskytují jako přechodné ve spojitosti s rozvrhem pracovních směn. Odhaduje se, že touto poruchou trpí 10 % lidí z těch, co pracují v nočních směnách (Rakárová, 2014, s. 77).

Terapie poruchy spánku a bdění je složitá, zahrnuje tvoření ideálních podmínek ke spánku a dodržování všech zásad spánkové hygieny, fototerapii v různých schématech během noční směny, snížení expozice vysokého osvětlení během rána při návratu z práce (užíváním tmavých brýlí). Vzhledem k vnitřní periodě našich biologických hodin je lépe tolerován posun směn ve směru hodinových ručiček (ranní – odpolední - noční) než v protisměru. Lépe se též snáší rychlejší střídání rytmu typu směn, např. v dvoudenních intervalech, než střídání v delších, například v čtyř až pětidenních intervalech (Pretl, 2014, s. 25-28).

2.3.2. Odpočinek ve směnném provozu

Podle zákoníku práce, Zákon č. 262/2006 Sb., je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnanci nejdéle po šesti hodinách nepřetržité práce přestávku v práci na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut; mladistvým musí být tato přestávka poskytnuta nejdéle po čtyř a půl hodinách nepřetržité práce. Jde-li o práce, které nemohou být přerušeny, musí být zaměstnanci, i bez přerušení provozu nebo práce zajištěna přiměřená doba pro oddech a jídlo; mladistvým musí vždy být poskytnuta přestávka na jídlo a oddech podle věty první.

Zároveň zaměstnavatel může po projednání s příslušným odborovým orgánem stanovit přiměřeně dlouhou přestávku na jídlo. Začátek a konec těchto přestávek stanoví zaměstnavatel po projednání s příslušným odborovým orgánem.

Přestávky na jídlo a oddech se neposkytují na začátku a konci pracovní doby. Poskytnuté přestávky na jídlo a oddech se nezapočítávají do pracovní doby (2006, s. 2).

Organizace práce sester pro zajištění 24 hodinové péče je záležitostí managementu zdravotnického zařízení. Je nutno vyhodnotit řadu faktorů a zvolit optimální formu směnného provozu – dvousměnný a třísměnný provoz. Realizace pracovních činností a naplňování kompetencí v průběhu jednotlivých směn:

Ranní směna = převaha závislé činnosti;

Odpolední směna = převaha nezávislých ošetrovatelských činností;

Noční směny = vyrovnané plnění obou ovlivněné omezením přímého kontaktu s pacientem (Machálková & Mikšová, 2013, s. 308).

2.3.3. Spánek a únava

Spánek je velice důležitou součástí života, zajišťuje obnovu tělesných i duševních sil. Za zdravý, biologicky plnohodnotný se považuje spánek, po kterém se člověk probudí dostatečně svěží, bez pocitu únavy a ospalosti a v požadované době bez násilného buzení. Spánek nelze ničím nahradit.

Cirkadiánní rytmus ovlivňuje kvalitu práce, úrazovost a pracovní pohodu. Práce v noci je charakteristická pro zdravotnictví, narušuje fyziologické pochody organismu a vede ke zvýšené aktivitě fyzické i psychické. Zdravotnictví spadá do oblasti, kde je třeba diskutovat a volit preventivní opatření pro zmírnění dopadu směnové práce na jedince.

S nedostatkem, nekvalitním spánkem úzce souvisí únava, vyčerpání jedince. Únava je pojímána jako subjektivní příznak, jako obtíž, kterou každý velmi dobře vnímá, ale kterou lze jen těžko potvrdit a změřit nějakým vyšetřením. Fyzická únava se projevuje podle Nouzy poklesem svalové síly, ztrátou rychlosti a jemné koordinace pohybu. Duševní, psychickou únavu vnímáme většinou jako pocit vyčerpání, ztrátu koncentrace, zhoršení paměti nebo ospalost. Uvedené skutečnosti mohou být zdrojem pochybení při náročné činnosti (Machálková & Mikšová, 2013, s. 308).

3. Empirická část

3.1. Cíle práce

Hlavní cíl: Zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester ve směnném provozu

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1

Zmapovat stravovací podmínky všeobecných sester ve dvousměnném provozu

Dílčí cíl č. 2

Zjistit zda u sester ve dvousměnném provozu došlo k výraznému zvýšení / snížení tělesné hmotnosti (více než 5 kg) od nástupu do současného zaměstnání

Dílčí cíl č. 3

Zjistit, jestli se sestry ve dvousměnném provozu stravují pravidelně v pěti doporučených dávkách

Dílčí cíl č. 4

Zjistit, kolik respondentů z výzkumného vzorku trpí zažívacími a dyspeptickými obtížemi

Dílčí cíl č. 5

Zjistit, zda sestry v pracovní směně pijí doporučené množství tekutin

3.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Ve výzkumu téměř vždy studujeme nějaký vzorek lidí, díky němuž se pak pokoušíme odhadnout, jak vypadá celá populace (Walker, 2013, s. 32). Mnou zvolený výzkumný vzor je tvořen všeobecnými sestrami z vybraných oddělení interních a chirurgických klinik, kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, geriatrické kliniky a kliniky adiktologie nejmenované nemocnice v Praze. Celkem bylo distribuováno 275 dotazníků. Počet správně vyplněných dotazníků, které byly použity pro empirické zpracování byl 150.

3.2.1. Údaje o respondentech

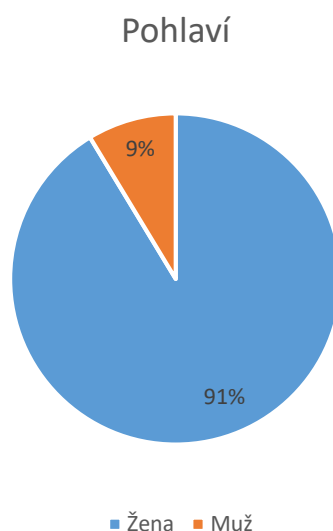
Otázka č 1. : Pohlaví?

a) žena; b) muž

Tabulka č. 1: Pohlaví

Pohlaví?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	137	91 %
Muž	13	9 %

Graf č. 1: Pohlaví



Otázkou číslo 1 jsem zjišťovala pohlaví oslovených všeobecných sester. Z uvedeného grafu vyplývá, že většinu respondentů, to znamená 91 % výzkumného vzorku, tvořily ženy. Muži tvořili pouhých 9 %.

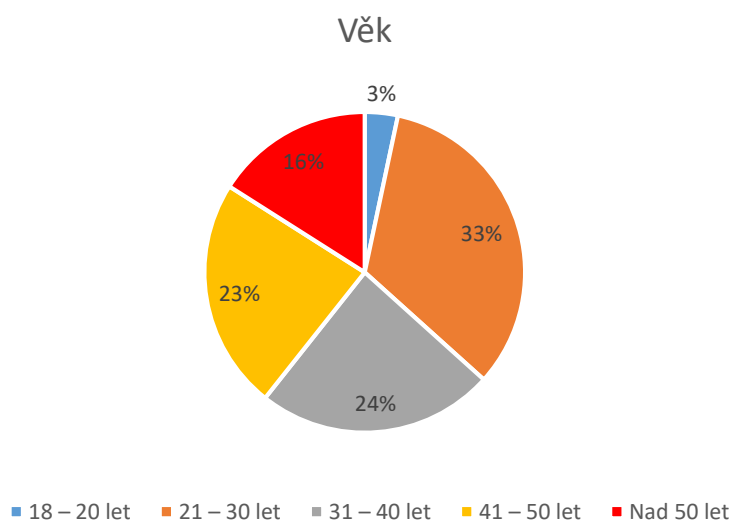
Otázka č. 2: Kolik vám je let?

a) 18 – 20 let; b) 21 – 30 let; c) 31 – 40 let; d) 41 – 50 let; e) nad 50 let

Tabulka č. 2: Věk

Kolik vám je let?	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 – 20 let	5	3 %
21 – 30	50	33 %
31 – 40 let	36	24 %
41 – 50 let	35	23 %
Nad 50 let	24	16 %

Graf č. 2: Věk



V této otázce bylo zjišťováno přibližné věkové rozmezí účastnících všeobecných sester. Nejpočetnější zastoupení měla věková skupina respondentů pohybujících se mezi 21. – 30. rokem (33 %). Dále pak následovala skupina mezi 31. – 40. rokem (24 %), skupina mezi 41. – 50. rokem (23 %) a věková skupina nad 50 let (16 %). Nejnižší zastoupení měla skupina mezi 18. – 20. roky (3 %).

Otázka č. 3: Prosím uveďte kolik měříte?

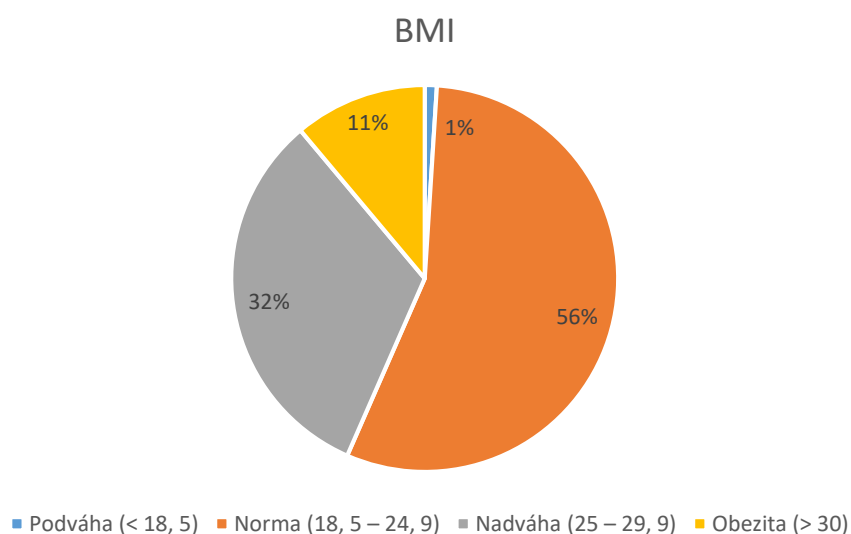
Otázka č. 4: Prosím uveďte kolik vážíte ?

Získané údaje o tělesné váze a výšce respondentů byly použity k vypočítání BMI. Výsledné hodnoty jsou uvedené v následující tabulce.

Tabulka č. 3: BMI

BMI	Absolutní četnost	Relativní četnost
Podváha (< 18,5)	2	1 %
Norma (18,5 – 24,9)	83	55 %
Nadváha (25 – 29,9)	48	32 %
Obezita (> 30)	17	11 %

Graf č. 3: BMI



V této otázce udávali respondenti informace o své váze a výšce. Z těchto hodnot jsem podle mezinárodní klasifikace WHO vypočítala BMI. Z výsledků vyplývá, že více než polovina dotazovaných se pohybovala v rozmezí normy (55 %). Nemalé procento sester (32 %) trpí nadváhou a celkem 11 % obezitou. Pouze u 1 % ze zkoumaného souboru se vyskytla podváha.

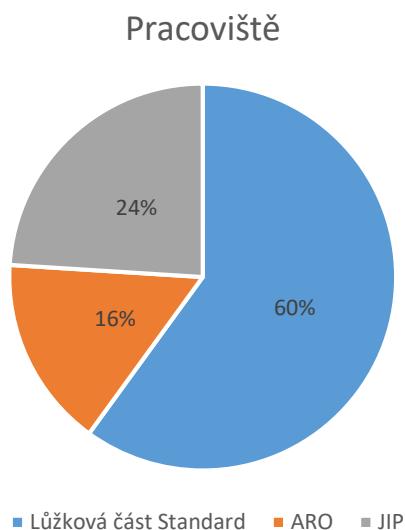
Otázka č. 5: Uvedte vaše stávající pracoviště?

a) Lůžková část Standard; b) ARO; c) JIP

Tabulka č. 4: Pracoviště

Pracoviště	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lůžková část Standard	90	60 %
ARO	24	16 %
JIP	36	24 %

Graf č. 4: Pracoviště



Tato otázka slouží k utvoření základního přehledu o účasti zkoumaného vzorku v rámci jednotlivých pracovišť. Největší účast byla na lůžkových standartních odděleních (60 %), dále potom oddělení JIP (24 %) a ARO (16 %).

Otázka č. 6.: Počet odpracovaných let ve zdravotnictví?

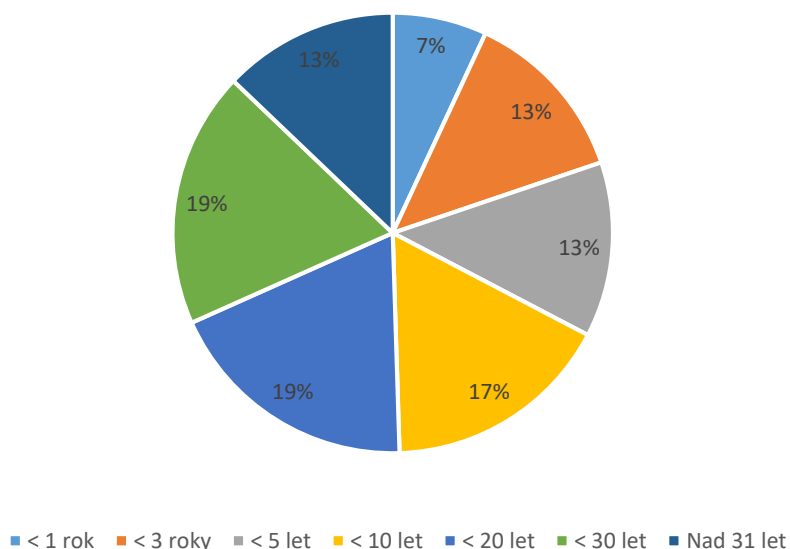
a) < 1 rok; b) < 3 roky; c) < 5 let; d) < 10 let; e) < 20 let; f) < 30 let; g) Nad 31 let

Tabulka č. 5: Odpracované roky

Počet odpracovaných let ve zdravotnictví?	Absolutní četnost	Relativní četnost
< 1 rok	11	7 %
< 3 roky	19	13 %
< 5 let	19	13 %
< 10 let	26	17 %
< 20 let	28	19 %
< 30 let	28	19 %
Nad 31 let	19	13 %

Graf č. 5: Odpracované roky

Počet odpracovaných let ve zdravotnictví?



V této otázce jsem se dotazovala respondentů na počet odpracovaných let ve zdravotnictví. Z osloveného souboru bylo nejmenší zastoupení všeobecných sester působících ve zdravotnictví méně než 1 rok (7 %). Stejné množství (13 %) sester uvedlo, že se ve zdravotnictví pohybuje méně než 3 roky, méně než 5 let, nad 31 let a 19 % dotazovaných méně než 20 a 30 let.

3.3. Metodika empirického šetření

Empirický výzkum byl zpracován kvantitativní metodou. Sběr dat byl realizován pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce.

Celkové množství otázek použitých v dotazníku bylo 24. Otázky byly kladeny uzavřenou i otevřenou formou. První část dotazníkového šetření měla za úkol zjistit úvodní informace o empirickém vzorku (otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6,). V druhé části dotazníku jsem se zabývala samotnými výzkumnými otázkami (otázky č. 7 – 24). Stravovacímu režimu a podmínkám ke stravování všeobecných sester byly věnovány otázky č. 7 – 18. Následující čtyři otázky (č. 19, 20, 21, 22) se zabývaly pitným režimem respondentů. Poslední dvě otázky (č. 23, 24) zkoumaly dopady směnného provozu na zdraví všeobecných sester.

3.4. Průběh výzkumného šetření

S žádostí o realizaci mého výzkumu jsem se obrátila na vedoucí orgán nejmenované fakultní nemocnice v Praze. Proto, aby mohl být výzkum realizován, bylo nutné vyplnit specifický formulář, který musel obsahovat souhlas jak vrchní sestry kliniky, která se šetření účastnila, tak paní náměstkyně ošetrovatelské péče dané nemocnice. Celkem se do empirického šetření zapojilo 8 klinik. Souhlas Etické komise nebyl v tomto případě potřeba. Po komunikaci s vrchními sestrami dotazovaných klinik mně bylo umožněno toto šetření realizovat. Pro empirické potřeby bylo nutné získat minimálně 100 respondentů. Celkem jsem rozdala 275 tištěných dotazníků. Nazpět se jich navrátilo 205 a z tohoto množství jich bylo použito 150. Vyřazeno bylo 55 dotazníků, nesprávně vyplněno jich bylo 12 a 43 respondentů uvedlo, že nepracuje ve směnném provozu, tyto dotazníky do výsledků empirického šetření nebyly zahrnuty. Výzkumné šetření proběhlo v rozmezí měsíce října a listopadu 2016.

4. Vyhodnocení empirické části

Výsledky mého empirického dotazníkového šetření jsou zpracovány deskriptivní statistikou za pomoci grafů a tabulek v následujících bodech.

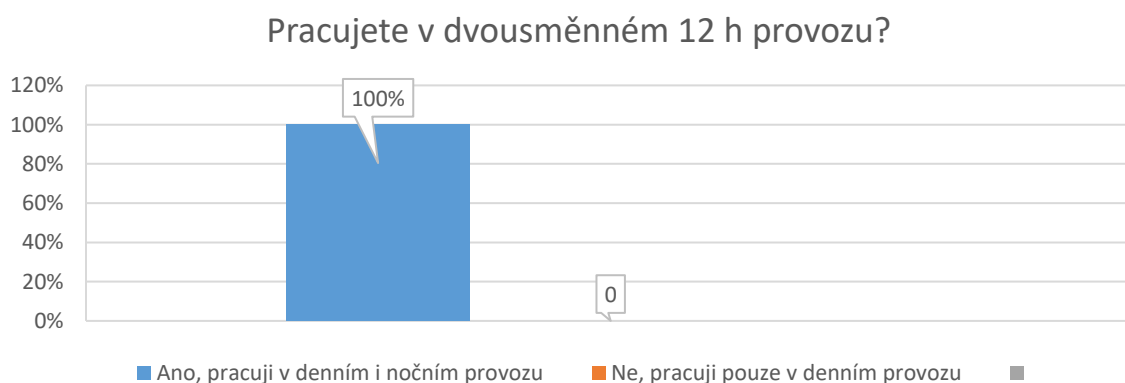
Otázka č. 7: Pracujete v dvousměnném 12 h provozu?

a) Ano, pracuji v denním i nočním provozu; b) Ne, pracuji pouze v denním provozu

Tabulka č. 6: Dvousměnný provoz

Pracujete v dvousměnném 12 h provozu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pracuji v denním i nočním provozu	150	100 %
Ne, pracuji pouze v denním provozu	0	%

Graf č. 6: Dvousměnný provoz



Tato otázka měla zásadní funkci. Umožnila rozdělit a oddělit vyplněné dotazníky od respondentů, kteří nepracují ve směnném provozu. Pokud dotazovaný odpověděl, že pracuje pouze v denním provozu, byl z tohoto šetření vyřazen. Celkový a výsledný počet respondentů byl tedy 150.

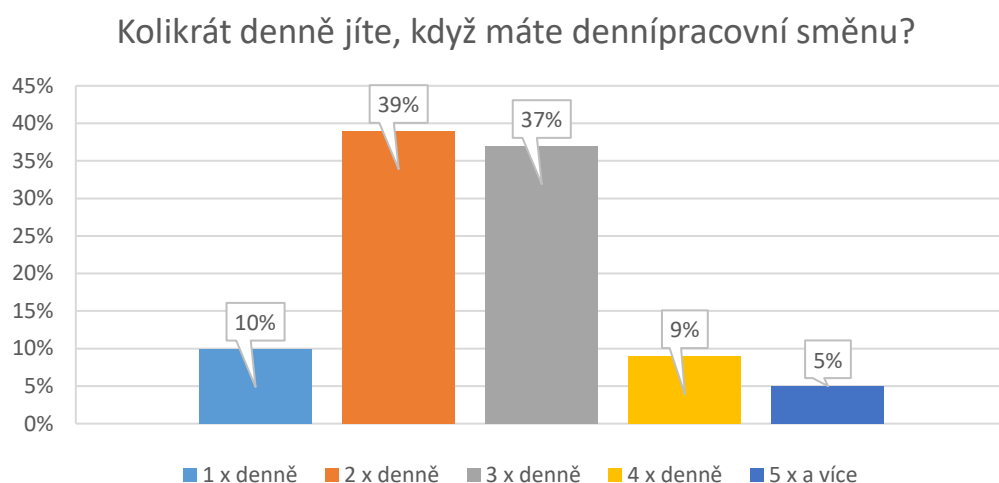
Otázka č. 8: Kolikrát denně jíte, když máte denní pracovní směnu (12 h)?

a) 1 x denně; b) 2 x denně; c) 3 x denně; d) 4 x denně; e) 5 x a více

Tabulka č. 7: Četnost stravování- denní směna

Kolikrát denně jíte, když máte denní pracovní směnu (12 h)?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 x denně	15	10 %
2 x denně	58	39 %
3 x denně	56	37 %
4 x denně	14	9 %
5 x a více	7	5 %

Graf č. 7: Četnost stravování- denní směna



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Sestry se nejčastěji stravují 2 x denně (39 %). O něco méně dotazovaných se stravuje 3 x denně (37 %). Celkem 10 % sester jí pouze 1 x denně, 4 x denně 9 % sester a 5 % sester se stravuje 5 x denně a více.

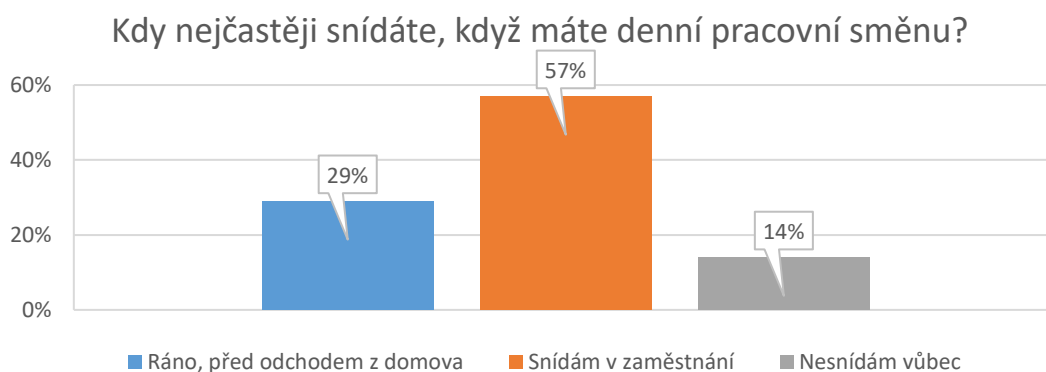
Otázka č. 9: Kdy nejčastěji snídáte, když máte denní pracovní směnu?

a) Ráno, před odchodem z domova; b) Snídám v zaměstnání; c) Nesnídám vůbec

Tabulka č. 8: Čas stravování- denní směna (snídaně)

Kdy nejčastěji snídáte, když máte denní pracovní směnu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ráno, před odchodem z domova	44	29 %
Snídám v zaměstnání	85	57 %
Nesnídám vůbec	21	14 %

Graf č. 8: Čas stravování- denní směna (snídaně)



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Z výsledků vyplývá, že více než polovina všeobecných sester snídá až po příchodu do zaměstnání (57 %). Téměř čtvrtina respondentů snídá ráno před odchodem z domova a ne malé množství sester (14 %) sester nesnídá vůbec.

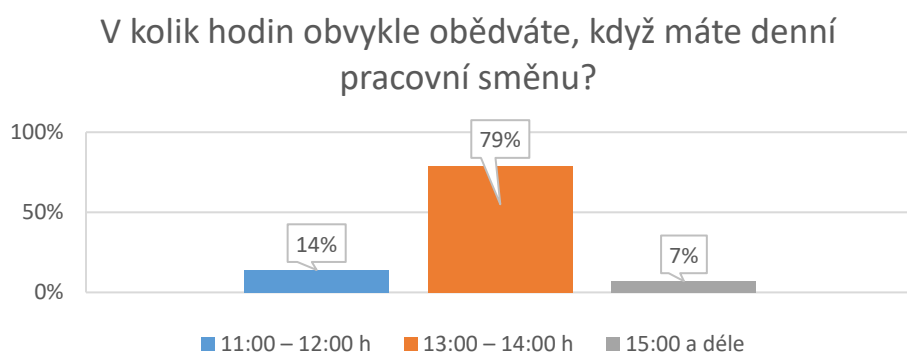
Otázka č. 10: V kolik hodin obvykle obědváte, když máte denní pracovní směnu?

a) 11:00 – 12:00 h; b) 13:00 – 14:00 h; c) 15:00 a déle

Tabulka č. 9: Čas stravování- denní směna (oběd)

V kolik hodin obvykle obědváte, když máte denní pracovní směnu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
11:00 – 12:00 h	21	14 %
13:00 – 14:00 h	118	79 %
15:00 a déle	11	7 %

Graf č. 9: Čas stravování- denní směna (oběd)



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Zde jsem se zajímala, v kolik hodin sestry nejčastěji obědvají. Vysoké procento sester se stravuje mezi 13:00 a 14:00 hodinou (79 %). Celkem 14 % respondentů se stravuje mezi 11:00 a 12:00 hodinou a 7 % po 15:00.

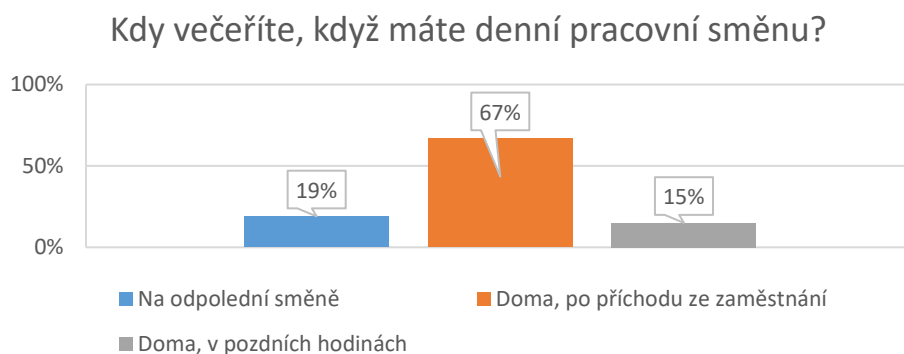
Otázka č. 11: Kdy večeříte, když máte denní pracovní směnu?

a) Na odpolední směně; b) Doma, po příchodu ze zaměstnání; c) Doma, v pozdních hodinách

Tabulka č. 10: Čas stravování- denní směna (večeře)

Kdy večeříte, když máte denní pracovní směnu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na odpolední směně	28	19 %
Doma, po příchodu ze zaměstnání	100	67 %
Doma, v pozdních hodinách	22	15 %

Graf č. 10: Čas stravování- denní směna (večeře)



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Tato otázka měla za cíl zjistit v jakou dobu sestry večeří, když mají denní pracovní směnu. Více než polovina respondentů večeří až doma, po příchodu ze zaměstnání (67 %). 19 % dotazovaných uvedlo, že večeří na odpolední směně a 15 % všeobecných sester se stravuje až doma v pozdních hodinách.

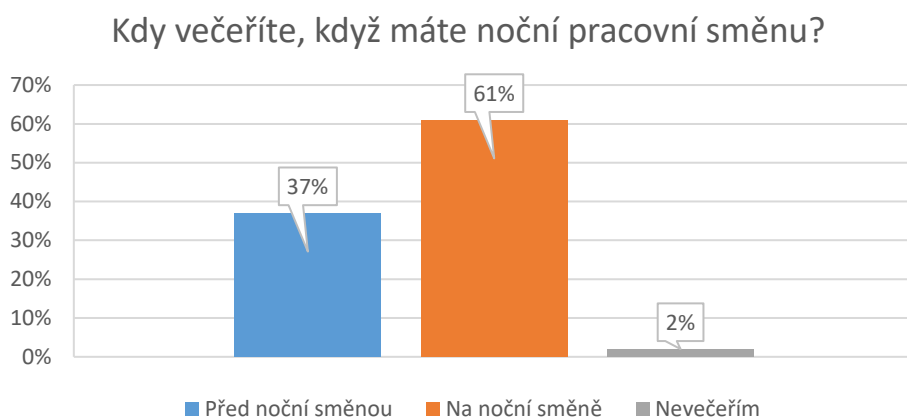
Otázka č. 12: Kdy večeříte, když máte noční pracovní směnu?

a) Před noční směnou; b) Na noční směně; c) Nevečeřím

Tabulka č. 11: Čas stravování- noční směna

Kdy večeříte, když máte noční pracovní směnu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Před noční směnou	55	37 %
Na noční směně	91	61 %
Nevečeřím	4	2 %

Graf č. 11: Čas stravování- noční směna



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Tato otázka měla za cíl zjistit, v jakou dobu sestry večeří, když mají noční pracovní směnu. Více než polovina dotazovaných odpověděla (58 %), že večeří na noční směně. Před noční směnou večeří 37 % sester a pouhá 2 % respondentů nevečeří vůbec.

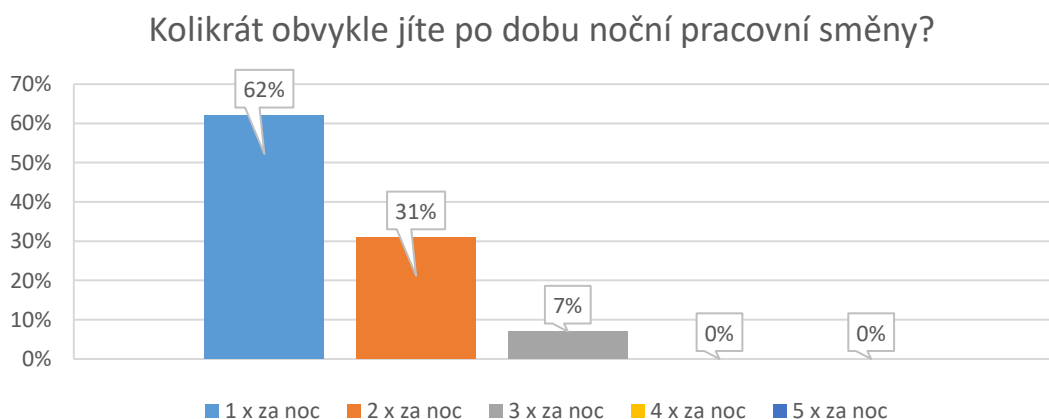
Otázka č. 13: Kolikrát obvykle jíte po dobu noční pracovní směny?

a) 1 x za noc; b) 2 x za noc; b) 3 x za noc; c) 4 x za noc; d) 5 x za noc

Tabulka č. 12: Četnost stravování- noční směna

Kolikrát obvykle jíte po dobu noční pracovní směny?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 x za noc	93	62 %
2 x za noc	47	31 %
3 x za noc	10	7 %
4 x za noc	0	0 %
5 x za noc	0	0 %

Graf č. 12: Četnost stravování- noční směna



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Celkem 62 % všeobecných sester večeří pouze 1 x za noc. Třetina dotazovaných se stravuje 2 x za noc, dále 7 % jí 3 x za noc.

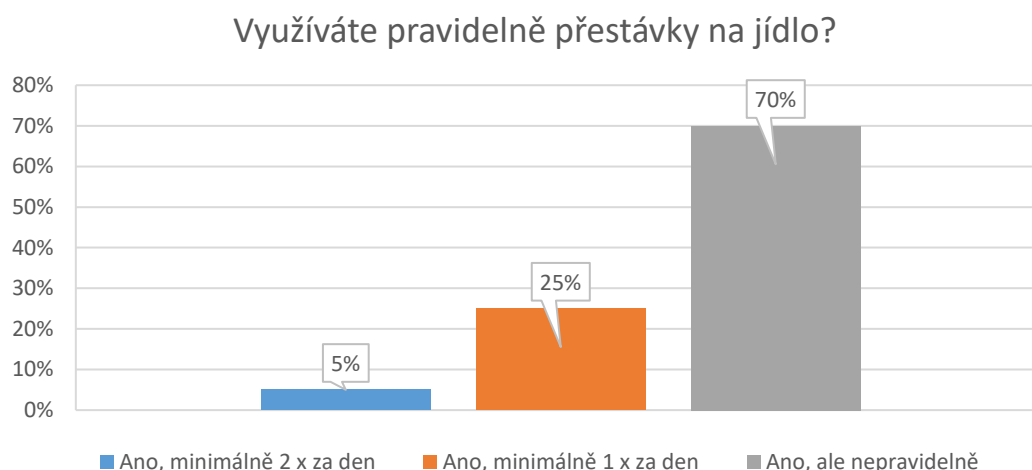
Otázka č. 14: Využíváte pravidelně přestávky na jídlo?

a) Ano, minimálně 2 x za den; b) Ano, maximálně 1 x za den; c) Ano, ale nepravidelně

Tabulka č. 13: Přestávky na jídlo

Využíváte pravidelně přestávky na jídlo?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, minimálně 2 x za den	7	5 %
Ano, minimálně 1 x za den	37	25 %
Ano, ale nepravidelně	106	70 %

Graf č. 13: Přestávky na jídlo



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Tato otázka měla zjistit, zda si sestry využívají pravidelné přestávky na jídlo. Možnost vzít si v práci přestávku 2 x za den využívá 5 % sester a 25 % pouze 1 x za den. Nejvyšší procento (70 %) respondentů sice přestávky využívá, ale nepravidelně.

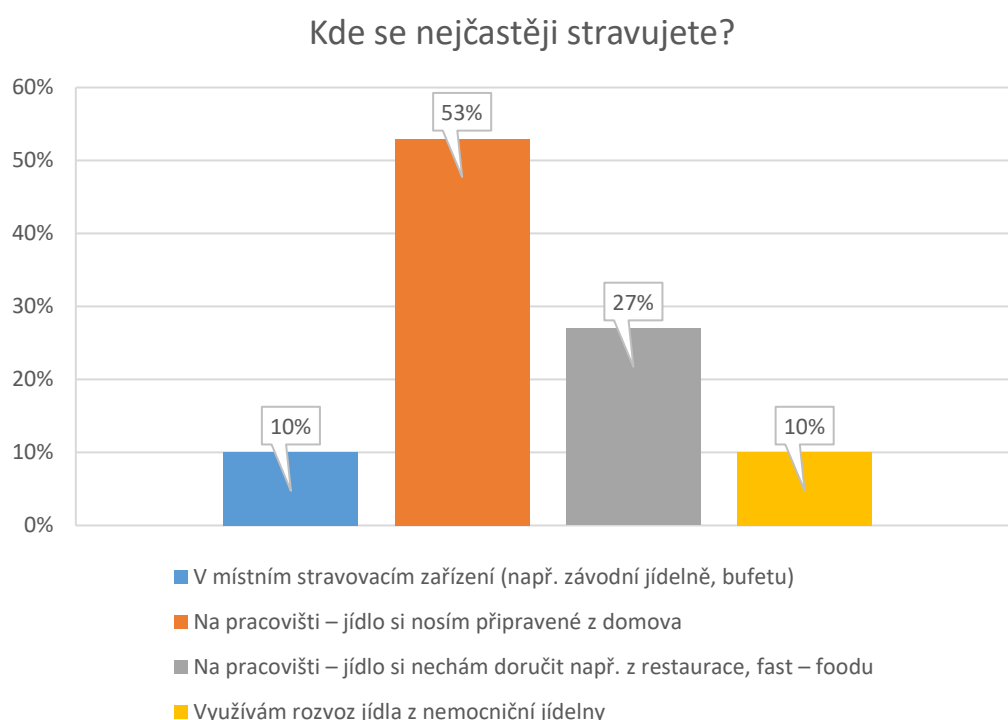
Otázka č. 15: Kde se nejčastěji stravujete?

a) V místním stravovacím zařízení (např. závodní jídelně, bufetu), b) Na pracovišti - jídlo si nosím připravené z domova, c) Na pracovišti - jídlo si nechám doručit např. z restaurace, fast - foodu, d) Využívám rozvoz jídla z nemocniční jídelny.

Tabulka č. 14: Obvyklé místo stravování

Kde se nejčastěji stravujete?	Absolutní četnost	Relativní četnost
V místním stravovacím zařízení (např. závodní jídelně, bufetu)	14	10 %
Na pracovišti – jídlo si nosím připravené z domova	80	53 %
Na pracovišti – jídlo si nechám doručit např. z restaurace, fast – foodu	41	27 %
Využívám rozvoz jídla z nemocniční jídelny	15	10 %

Graf č. 14: Obvyklé místo stravování



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Nejvíce respondentů si jídlo nosí z domova (53 %) a obědvá na pracovišti. Další skupina dotazovaných (27 %) se stravuje také na pracovišti, ale jídlo si nechá doručit z restaurace. Celkem 10 % z výzkumného souboru využívá rozvoz jídla z nemocniční jídelny anebo se stravuje přímo ve stravovacím zařízení.

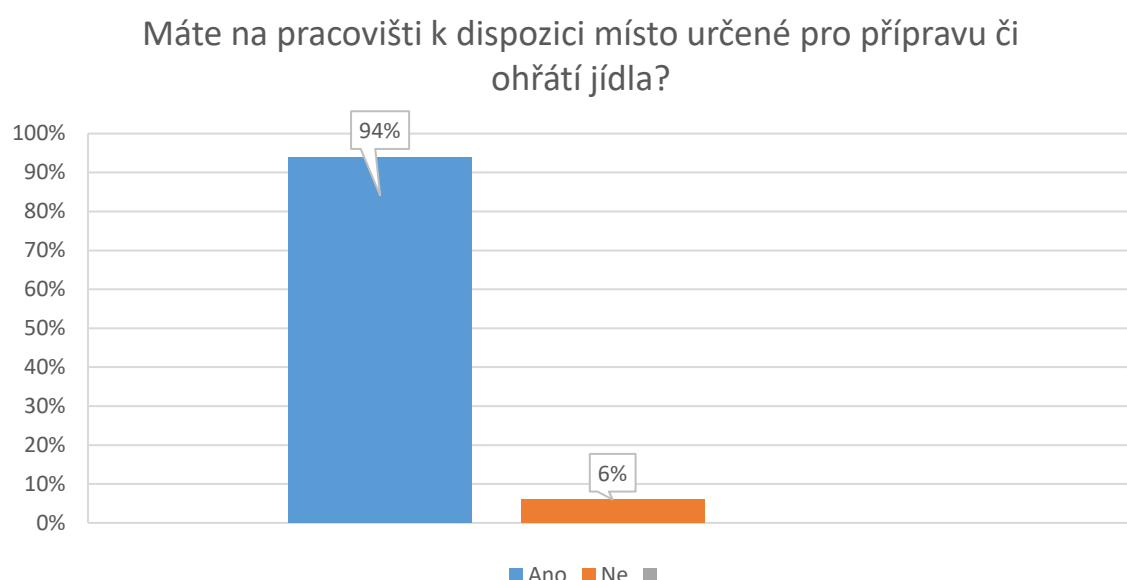
Otázka č. 16: Máte na pracovišti k dispozici místo určené pro přípravu či ohřátí jídla a tekutin?

a) Ano, b) Ne

Tabulka č. 15: Příprava jídla na pracovišti

Máte na pracovišti k dispozici místo určené pro přípravu či ohřátí jídla?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	141	94 %
Ne	9	6 %

Graf č. 15: Příprava jídla na pracovišti



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Otázka měla za cíl zjistit, zda sestry mají na svém pracovišti prostor k přípravě či ohřátí stravy a tekutin. Vysoké procento (94 %) respondentů uvedlo, že tuto možnost ve svém zaměstnání má. Celkem 6 % sester bohužel nemá k dispozici žádné místo určené pro přípravu či ohřátí jídla.

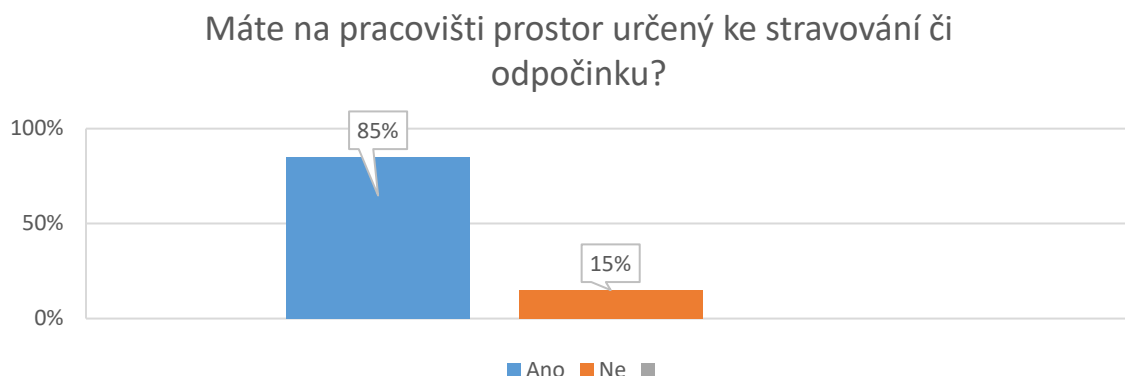
Otázka č.17: Máte na pracovišti prostor určený ke stravování či odpočinku?

a) Ano; b) Ne

Tabulka č. 16: Prostor k odpočinku

Máte na pracovišti prostor určený ke stravování či odpočinku?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	128	85 %
Ne	22	15 %

Graf č. 16: Prostor k odpočinku



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Otázka měla za cíl zjistit, zda mají sestry na svém pracovišti prostor určený ke stravování či odpočinku. Zde respondenti nejčastěji odpovídali kladně (85 %). Naopak nemalé procento (15 %) dotazovaných uvedlo, že žádný prostor k odpočinku či stravování nemá.

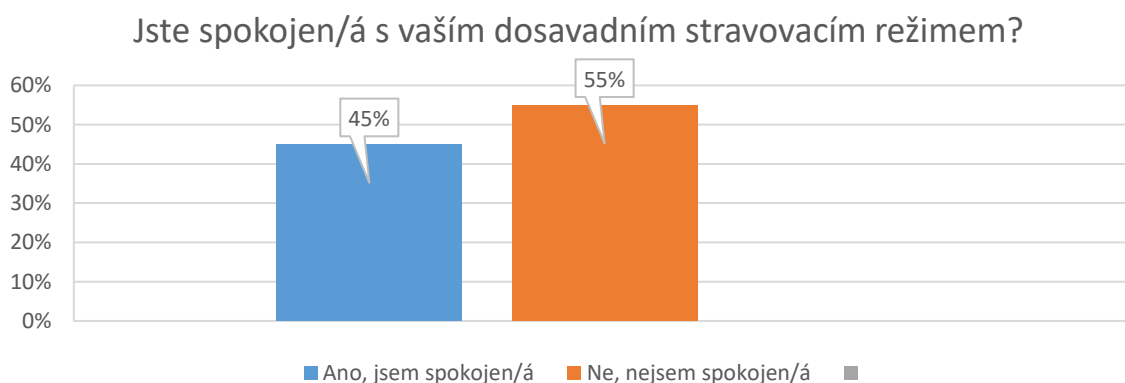
Otázka č. 18: Jste spokojen/á s vaším dosavadním stravovacím režimem?

a) Ano, jsem spokojen/á, b) Ne, nejsem spokojen/á (v případě, že jste odpověděl/a Ne uveďte proč?)

Tabulka č. 17: Spokojenost se stravováním

Jste spokojen/á s vaším dosavadním stravovacím režimem?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, jsem spokojen/á	68	45 %
Ne, nejsem spokojen/á	82	55 %

Graf č. 17: Spokojenost se stravováním



Otázku tvořily dvě části. V první části je otázka kladena uzavřenou formou. Bylo tedy možné zvolit pouze jednu odpověď (ano či ne). Ze všech dotazovaných uvedlo 45 % respondentů, že je spokojeno se svým dosavadním stravovacím režimem. Více než polovina sester 55 % je naopak nespokojena. Druhá část otázky se týkala respondentů, kteří zvolili možnost Ne. Zde jsem se sester dotazovala na důvod jejich nespokojenosti se svým vlastním stravovacím režimem. Respondenti odpovídali písemnou formou. Nejčastější odůvodnění jejich nespokojenosti byla naprostá nepravidelnost stravování a nedostatek času, dále pak špatné stravovací návyky a nedostatečné podmínky ke stravování.

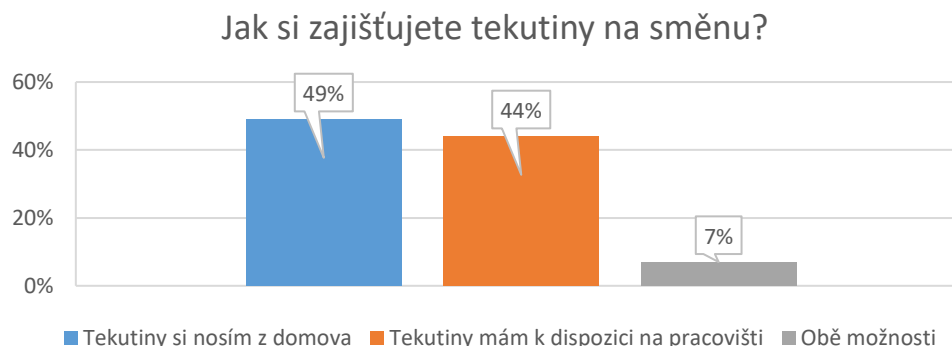
Otázka č. 19: Jak si zajišťujete tekutiny na směnu?

a) Tekutiny si nosím z domova, b) Tekutiny mám k dispozici na pracovišti

Tabulka č. 18: Zajištění tekutin

Jak si zajišťujete tekutiny na směnu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tekutiny si nosím z domova	74	49 %
Tekutiny mám k dispozici na pracovišti	66	44 %
Obě možnosti	10	7 %

Graf č. 18: Zajištění tekutin



Na tuto otázku bylo možné zvolit víc než jednu odpověď. Téměř polovina respondentů (49 %) si nosí tekutiny z domova. Tekutiny na pracovišti má k dispozici 44 % dotazovaných a celkem 7 % sester označilo obě možnosti.

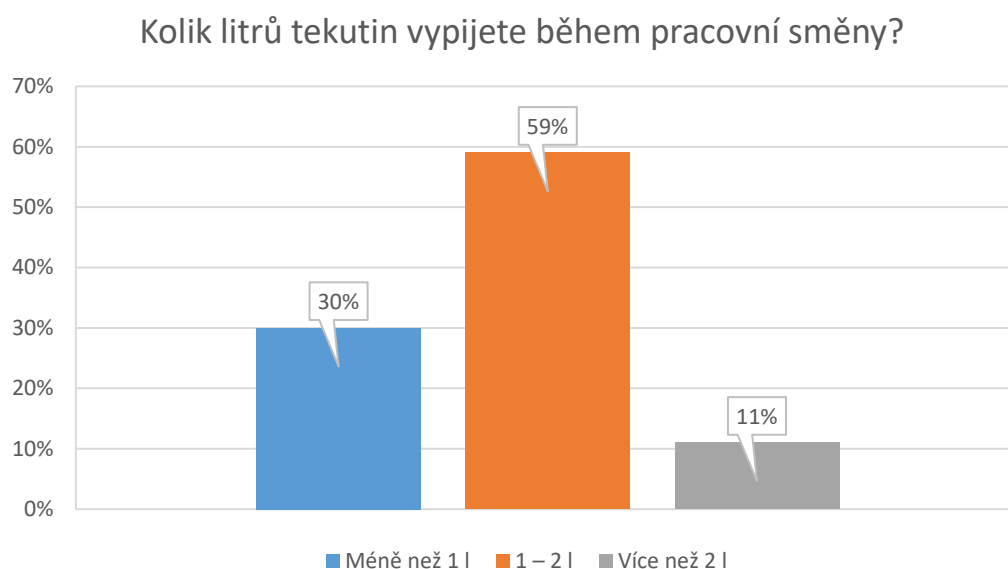
Otázka č. 20: Kolik litrů tekutin vypijete během pracovní směny?

a) Méně než 1 l; b) 1 – 2 l; c) Více než 2 l

Tabulka č. 19: Tekutiny za 12h

Kolik litrů tekutin vypijete během pracovní směny?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 l	45	30 %
1 – 2 l	88	59 %
Více než 2 l	17	11 %

Graf č. 19: Tekutiny za směnu



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Více než polovina respondentů (59 %) vypije během pracovní směny 1 – 2 l. Méně než 1 l vypije 30 % sester a více než 2 l vypije 11 % dotazovaných.

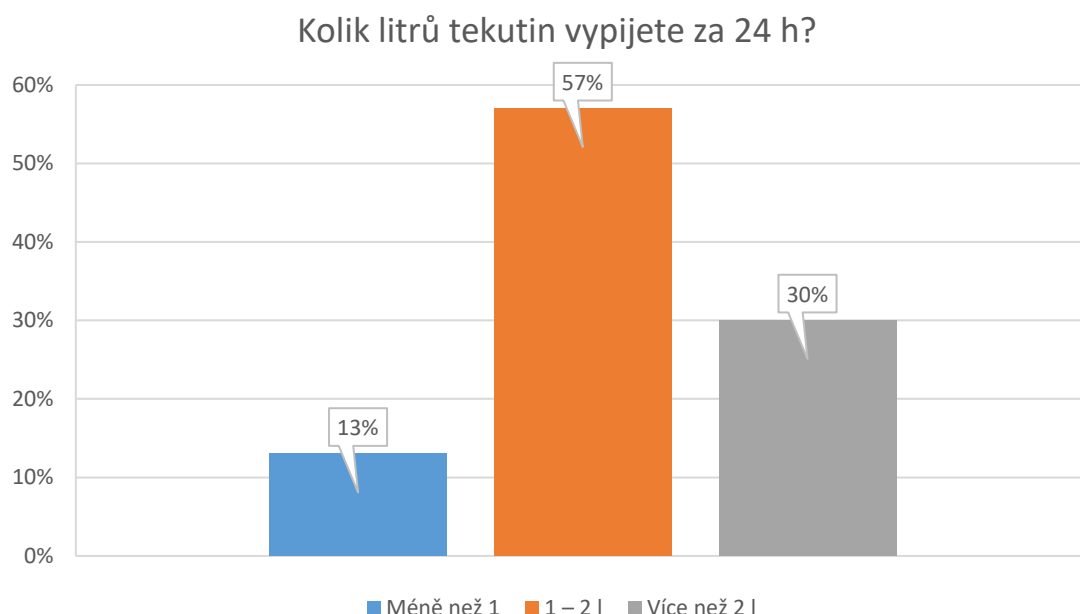
Otázka č. 21: Kolik litrů tekutin vypijete za 24 h?

a) Méně než 1; b) 1 – 2 l; c) Více než 2 l

Tabulka č. 20: Tekutiny za 24h

Kolik litrů tekutin vypijete za 24 h?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1	19	13 %
1 – 2 l	85	57 %
Více než 2 l	46	30 %

Graf č. 20: Tekutiny za 24h



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Více než polovina respondentů (57 %) vypije za 24 hodin 1 – 2 l tekutin. Více než 2 l vypije 30 % sester a méně než 1 l vypije 13 % dotazovaných.

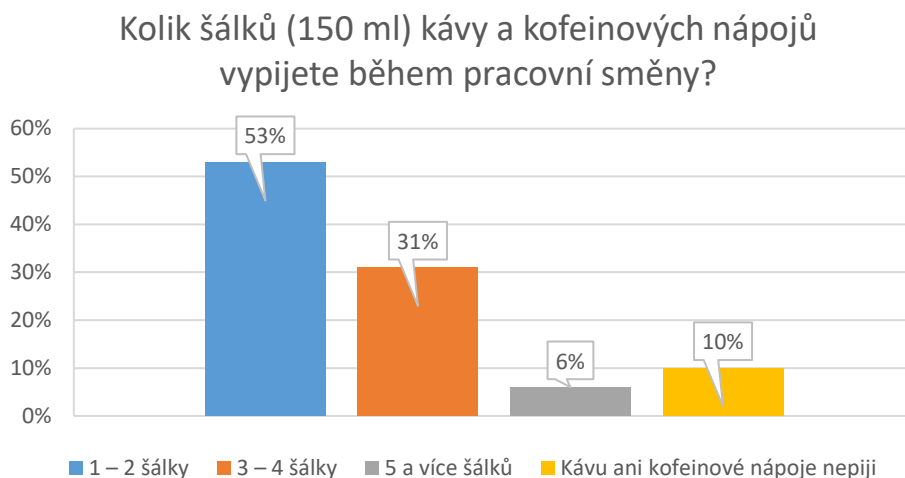
Otázka č. 22: Kolik šálků (150 ml) kávy a kofeinových nápojů vypijete během pracovní směny?

a) 1 – 2 šálky; b) 3 – 4 šálky; c) 5 a více šálků; d) Kávu ani kofeinové nápoje nepiji

Tabulka č. 21: Káva a kofein

Kolik šálků (150 ml) kávy a kofeinových nápojů vypijete během pracovní směny?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – 2 šálky	79	53 %
3 – 4 šálky	47	31 %
5 a více šálků	9	6 %
Kávu ani kofeinové nápoje nepiji	15	10 %

Graf č. 21: Káva a kofein



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Cílem této otázky bylo zjistit kolik šálků kávy a kofeinových nápojů respondenti vypijí během pracovní směny. Celkem 53 % dotazovaných vypije 1 – 2 šálky, 31 % sester vypije 3 – 4 šálky a 6 % sester vypije 5 a více šálků kávy. Kávu ani kofeinové nápoje nepije 10 % všeobecných sester.

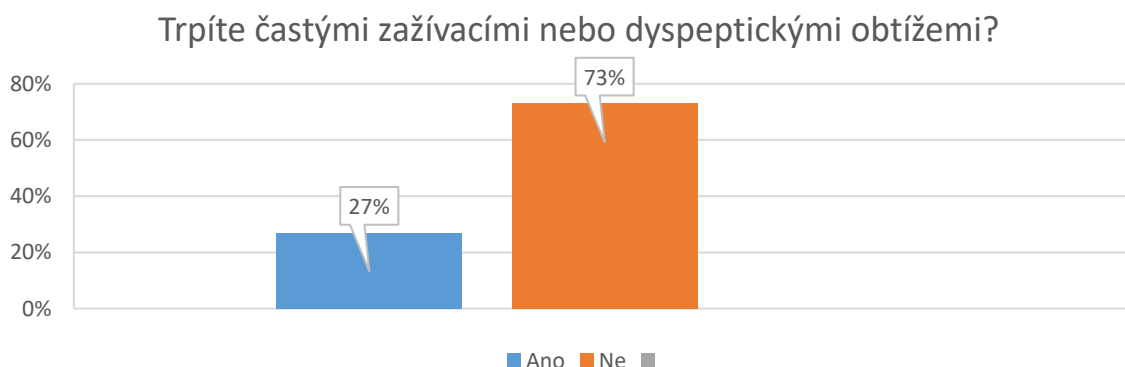
Otázka č. 23: Trpíte častými zažívacími nebo dyspeptickými obtížemi?

a) Ano; b) Ne

Tabulka č. 22: Dyspeptické obtíže

Trpíte častými zažívacími nebo dyspeptickými obtížemi?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	27 %
Ne	109	73 %

Graf č. 22: Dyspeptické obtíže



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry ze zkoumaného souboru trpí častými zažívacími nebo dyspeptickými obtížemi. Vysoké procento respondentů (73 %) netrpí žádnými zažívacími ani dyspeptickými obtížemi. Naopak 27 % dotazovaných zvolilo, že trpí výše zmíněnými obtížemi.

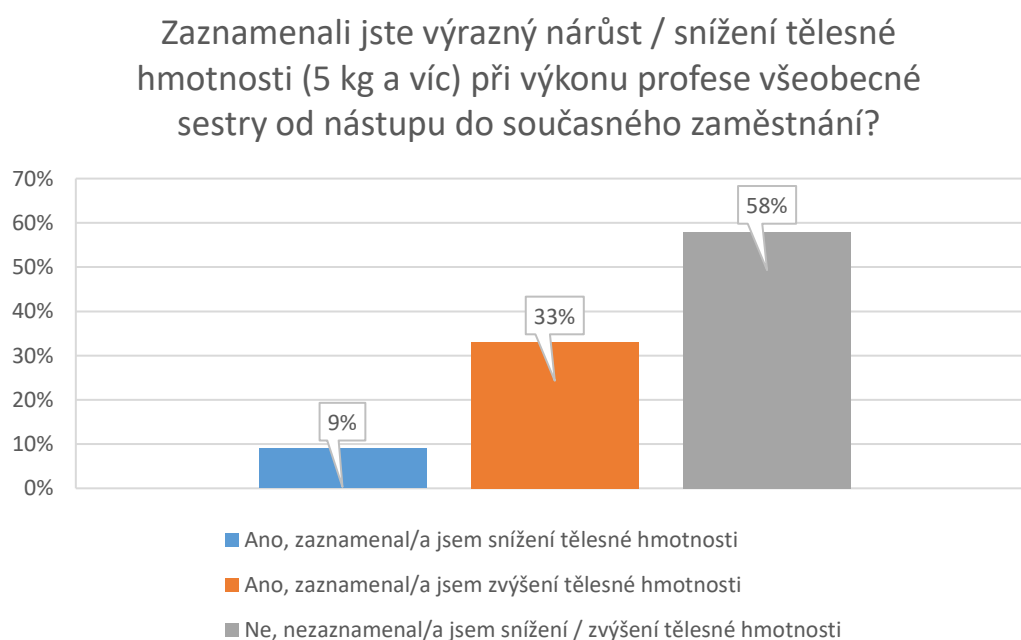
Otázka č. 24: Zaznamenali jste výrazný nárůst / snížení tělesné hmotnosti (5 kg a víc) při výkonu profese všeobecné sestry od nástupu do současného zaměstnání?

a) Ano, zaznamenal/a jsem snížení tělesné hmotnosti; b) Ano, zaznamenal/a jsem zvýšení tělesné hmotnosti; c) Ne, nezaznamenal/a jsem snížení/zvýšení tělesné hmotnosti

Tabulka č. 23: Nárůst / snížení hmotnosti

Zaznamenali jste výrazný nárůst / snížení tělesné hmotnosti (5 kg a víc) při výkonu profese všeobecné sestry od nástupu do současného zaměstnání?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, zaznamenal/a jsem snížení tělesné hmotnosti	13	9 %
Ano, zaznamenal/a jsem zvýšení tělesné hmotnosti	49	33 %
Ne, nezaznamenal/a jsem snížení / zvýšení tělesné hmotnosti	88	58 %

Graf č. 23: Nárůst / snížení hmotnosti



Na tuto otázku bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Cílem této otázky bylo zjistit, zda se u zkoumaného souboru vyskytl výrazný nárůst / snížení tělesné hmotnosti (5 kg a víc) od doby nástupu do současného zaměstnání. Více než polovina respondentů (58 %) nezaznamenala snížení / zvýšení tělesné hmotnosti. Celkem u 33 % sester došlo k výraznému zvýšení tělesné váhy a u 9 % došlo ke snížení tělesné váhy.

5. Diskuse

Práce ve směnném provozu je nesmírně náročná a pro mnohé sestry může být obtížné skloubit hektickou práci s dodržováním správných stravovacích zásad. Směnný provoz může výrazně zasahovat do kvality života sester. Narušení cirkadiánní rytmicity může vyústit ve spánkové poruchy a mnohá závažná onemocnění. Velmi často k těmto obtížím přispívá právě nevhodná výživa a stravovací režim. Samotné sestry si však ne vždy plně uvědomují důležitost dodržování vhodných stravovacích návyků.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích. Téma výživy, stravovacího a pitného režimu všeobecných sester už bylo zpracováno buď samostatně anebo v rámci zdravého životního stylu v některých bakalářských či diplomových pracích. Podle mého názoru je však důležité na tuto problematiku neustále upozorňovat. V minulosti se sice mnohé výzkumy tímto tématem zabývaly, ale reálné výsledky ukazují, že stravovací režim všeobecných sester a podmínky pro jeho plnění mají stále velké mezery. Další součástí tohoto výzkumu je nastínění podmínek ke stravování všeobecných sester. Ty už jsou v ostatních empirických pracích řešeny méně, jsou však neméně důležité. V diskuzi jsem se snažila propojit teoretické poznatky s výslednými hodnotami mého empirického šetření a zároveň provést srovnání s výsledky jiných výzkumů, které byly na toto téma již provedeny.

Prvních šest otázek dotazníkového šetření obsahuje úvodní informace o respondentech. Z výsledků vyplývá, že nejsilnější zastoupení v tomto šetření tvořily ženy (91%). Procento mužů, kteří se účastnili šetření bylo nižší (9 %). Myslím si, že tento výsledek není nijak překvapivý. Přesto, že zájem mužů o profesi všeobecné sestry narůstá, jejich počet ve zdravotnictví je stále (ve srovnání s počtem žen) nižší. Zúčastněné sestry se nejčastěji pohybovaly ve věkovém rozmezí mezi 21. – 30. rokem (33 %), poté mezi 31. – 40. rokem (24 %). Dále pak následuje skupina mezi 41. – 50. rokem (23 %) a věková skupina nad 50 let (16 %).

Další otázky 3, 4 se respondentů dotazovaly na jejich váhu a výšku. Tyto získané údaje byly využity pro výpočet BMI výzkumného vzorku a k vzájemnému porovnání výsledných hodnot. Z výsledků tohoto šetření je patrné, že více než polovina dotazovaných se pohybuje v rozmezí normy (55 %). Nemalé procento sester (32 %) trpí nadváhou a celkem 11 % obezitou. Tento výsledek nepovažuji za příznivý a poukazuje na nevhodné stravovací návyky a stravovací režim sester. Z výsledků výzkumné bakalářské práce Bc. Mouchové na téma Životní styl všeobecných sester vyplývá, že z celkového souboru sester (n 136) má BMI v normě (53, 68 %), zatímco nadváhou trpí 34, 56 % sester (Mouchová, 2013). Lze tedy říci, že zde jsou výsledné hodnoty podobné.

V otázce č. 5 se dotazuji na stávající pracoviště respondentů a slouží k utvoření základního přehledu o účasti zkoumaného vzorku. Nejvyšší procento zúčastněných sester bylo na pracovištích lůžkových oddělení standard (60 %), dále JIP (24 %) a ARO (16 %).

Vzhledem k tomu, že nejvyšší účast byla na klinikách, které se skládají převážně z lůžkových a ambulantních oddělení (3 interní kliniky, klinika geriatric, klinika dermatovenerologie a adiktologie) se dalo předpokládat, že více respondentů bude právě z pracovišť lůžkových.

Otázka č. 6 měla za cíl získat informace ohledně počtu odpracovaných let ve zdravotnictví.

Z osloveného souboru bylo nejmenší zastoupení všeobecných sester působících ve zdravotnictví méně než 1 rok (7 %). Stejně množství (13 %) sester uvedlo, že se ve zdravotnictví pohybuje méně než 3 roky, méně než 5 let, déle než 31 let a celkem 19 % méně než 20 a 30 let. Tato otázka je důležitá, protože sestra, která se pohybuje ve zdravotnictví delší dobu, vnímá negativní dopady směnného provozu výrazněji, než začínající sestra, která pracuje ve směnném provozu krátce.

Otázka č. 7 měla funkci rozdělovací. Umožnila oddělit dotazníky od respondentů, kteří nepracují ve směnném provozu. Pokud dotazovaný odpověděl, že pracuje pouze v denním provozu, byl z tohoto šetření vyřazen. Celkový a výsledný počet respondentů byl tedy 150.

Nyní se budu věnovat jednotlivým cílům a otázkám, které s nimi souvisí.

Hlavní cíl: Zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester ve směnném provozu

K hlavnímu výzkumnému cíli se váží otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18.

Otázka č. 8 zjišťuje, kolikrát denně se sestry stravují, když mají pracovní směnu. Sestry nejčastěji jí 2 x denně (39 %). O něco méně dotazovaných jí 3 x denně (37 %). Celkem 10 % všeobecných sester jí pouze 1 x denně, 4 x denně 9 % sester a 5 % sester se stravuje 5 x denně a více. Domnívám se, že stravovat se jednou či dvakrát za den je opravdu málo. Všeobecné sestry by měly jíst častěji a v malých porcích, stravu bohatou na zeleninu a ovoce a dodržovat výživová doporučení. Sestra jako profesionál by měla jít příkladem a starat se o své zdraví. Touto otázkou se zabývala i Bc. Adámková ve své bakalářské práci na téma Výživa sester na operačním sále. Podle výsledků její práce se sestry nejčastěji stravují 3 x denně (66 %) (Adámková, 2008). To je téměř o polovinu víc než mnou zjištěné výsledky. Podobné výsledné hodnoty byly zjištěny i u výzkumu, který byl proveden Bc. Mouchovou. Nejvíce sester se stravuje 3 x denně (34, 56 %). Zde se tedy naše výsledky neshodují. Z výsledných hodnot těchto výzkumů je tedy patrné, že se sestry nejčastěji stravují 3 x denně. V případě mého šetření byly výsledky méně příznivé, proto že respondenti uváděli, že se stravují pouze 2 x denně.

U otázky č. 9 jsem se dotazovala respondentů, kdy snídají, když mají denní pracovní směnu. Více než polovina sester ze sledovaného souboru (57 %) snídá až po příchodu do zaměstnání. Zde bych hodnotila kladně fakt, že sestry vůbec snídají. Téměř čtvrtina (29 %) respondentů snídá ráno před odchodem z domova a ne malé množství sester (14 %) sester nesnídá vůbec. Podle výzkumu Bc. Mouchové sestry snídají nepravidelně (59 %). Ve svém šetření se tedy zaměřila spíše na pravidelnost snídaně u všeobecných

sester. Dá se říci, že výslené hodnoty mého šetření prokázaly, že sestry většinou snídají. Snídaně je velmi důležitou součástí našeho stravovacího režimu a určitě by se vynechávat neměla. Tento výsledek jsem očekávala a hodnotím ho kladně.

Otázka č. 10 měla za cíl zjistit v kolik hodin obvykle sestry obědvají, když mají pracovní směnu. Jednoznačně největší procento dotazovaných (79 %) odpovědělo, že obědvá mezi 13:00 a 14:00 hodinou. Celkem 14 % respondentů se stravuje mezi 11:00 a 12:00 hodinou. Právě v tomto časovém rozmezí jsou sestry obvykle velice vytíženy. Zajišťují medikaci, obědy, přípravu pacientů a pomoc při stravování. Může tedy být obtížné najít si čas na oběd. Fakt, že 7 % všeobecných sester obědvá až po 15:00 hodině, není příliš příznivá zpráva. Výsledky Bc. Adámkové nebyly ideální. Její výzkumná otázka byla formulována jinak, výsledná hodnota však prokázala, že během směny obědvá pouze 67 % sester. V tomto ohledu byly mnou zjištěné výsledky příznivější.

Otázka č. 11 měla za cíl zmapovat v jakou dobu respondenti večeří, když mají denní pracovní směnu. Více než polovina respondentů večeří až doma, po příchodu ze zaměstnání (67 %). Tento výsledek lze hodnotit kladně za předpokladu, že se sestra nevrací z práce v pozdních hodinách. Pokud sestra večeří doma, má na stravování více času a klidu než v zaměstnání. Dále 19 % dotazovaných uvedlo, že večeří na odpolední směně a 15 % všeobecných sester se stravuje až doma v pozdních hodinách. Zajímavý výsledek uvedla ve své práci Bc. Adámková, kdy téměř 60 % respondentů považovalo jako hlavní jídlo právě večeři. Tento výsledek je alarmující. Večeře by v žádném případě neměla být jediným hlavním denním jídlem. Podle teoretických poznatků je stravování v pozdních hodinách zcela nevhodné. Metabolické procesy se během spánku zpomalují, a proto se tento způsob stravování nedoporučuje.

Otázka č. 12 měla za cíl zjistit v jakou dobu sestry večeří, když mají noční pracovní směnu. Více než polovina dotazovaných odpověděla (58 %), že večeří na noční směně. Před noční směnou večeří 37 % sester a pouhá 2 % respondentů nevečeří vůbec. K této otázce jsem nenašla žádné výsledky, které bych mohla porovnat s vlastními zjištěnými hodnotami. Podle mého názoru však výsledek není příliš příznivý. Myslím, že je vhodnější povečeřet v klidu před noční směnou, proto že v opačném případě se sestry mohou dostat k večeři až v pozdních hodinách.

Otázka č. 13 zkoumala četnost jídel respondentů během noční pracovní směny. Celkem 62 % všeobecných sester večeří pouze 1 x za noc. Třetina dotazovaných (31 %) se stravuje 2 x za noc a dále 7 % sester se stravuje 3 x za noc. Podle výživových doporučení by si sestry měly rozdělit svůj 24 hodinový příjem do 3 hlavních jídel o obsahu 20 – 30 % celkové energie. V případě, že je jejich výdej energie vyšší, je doporučeno jíst častěji v podobě svačin (Martykánová, 2013, s. 13). Tyto výsledné hodnoty nejsou příznivé. Výsledky Bc. Mouchové se v této otázce se příliš neshodují. V tomto výzkumu respondenti z celkového souboru sester uvedli, že se stravují 2 x za noc (58 %). Tato hodnota je dvakrát vyšší. Dále 30,88 % jich odpovědělo, že 1x, zatímco v mém šetření byla tato možnost volena nejčastěji. Možnost 3x zvolilo 8,82 % sester, 5x a více 1,47 % sester a možnost 4x nezvolil žádný respondent. Výsledné hodnoty této otázky jsou

podle mého názoru nevyhovující. Domnívám se, že stravovat se pouze 1 x během noční směny, není vhodné a nemůže pokrýt energetické potřeby všeobecné sestry.

V otázce č. 14 jsem se respondentů dotazovala, jestli využívají možnost vzít si během směny přestávku na jídlo. Podle zákoníku práce, Zákon č. 262/2006 Sb., je zaměstnavatel povinen umožnit zaměstnanci přestávku po šesti hodinách nepřetržité práce na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut. Mladistvým musí být tato přestávka poskytnuta nejdéle po čtyř a půl hodinách nepřetržité práce. Jde-li o práce, které nemohou být přerušeny, musí být zaměstnanci i bez přerušení provozu nebo práce zajištěna přiměřená doba pro oddech a jídlo (2006, s. 2). Zajímalo mě tedy, jak je tomu reálně v praxi. Vzhledem k tomu, že jsem se během své praxe setkávala spíše s negativními zkušenostmi sester v oblasti přestávek během směny, tyto výsledky jsem do jisté míry očekávala. Nejméně všeobecných sester ze sledovaného souboru (5 %) uvedla, že má možnost vzít si přestávku minimálně 2 x za den. Je třeba brát v úvahu, že každé oddělení je jiné a že ne vždy je reálné si přestávku udělat. Záleží také na vedení, zvyklostech a kolektivu oddělení. Dalších 25 % respondentů si přestávku sice vzít může, ale méně než 2 x za den. Celých 70 % všeobecných sester si přestávku na jídlo udělá, ale nepravidelně. K této otázce jsem nenašla žádné výsledky, které bych mohla porovnat s vlastními zjištěnými hodnotami, nicméně pracovat celých 12 hodin bez jediné přestávky je podle mého názoru velké riziko a to nejen pro sestru samotnou, ale především pro její okolí. Není možné udržet plnou koncentraci po celou dobu pracovní směny, je pak mnohem snazší udělat chybu, což může mít fatální následky.

U otázky č. 15 jsem se respondentů dotazovala, kde se nejčastěji stravují. Všeobecné sestry se nejčastěji stravují na pracovišti a jídlo si nosí připravené z domova (53 %). Toto procento je poměrně vysoké a tento výsledek byl pro mne do jisté míry překvapivý. Podle Bc. Psotové si stravu připravenou z domů nosí do práce pouze 12 % respondentů. Zde jsou tedy naše výsledky výrazně odlišné. Výsledky mého šetření by mohly být ovlivněny i nevhodnými stravovacími podmínkami všeobecných sester. U otázky č. 18 sestry často uváděly, jako důvod nespokojenosti s vlastním stravovacím režimem, právě nevhodné podmínky ke stravování. V mnoha případech sestry zmiňovaly, že pro ně není reálné opustit oddělení a rozvoz stravy místní stravovací zařízení neumožňuje. Jsou tedy odkázány pouze na stravu předem připravenou doma. Celkem 27 % dotazovaných využívá rozvoz oběda z okolních restaurací či stánků rychlého občerstvení a pouhých 10 % se stravuje v místním stravovacím zařízení.

Další otázka, která se váže k hlavnímu výzkumnému cíli je otázka č. 18. Zabývala se spokojeností sester se svým vlastním stravovacím režimem. U této otázky jsem očekávala spíše negativní odpověď. Reálné výsledky moje očekávání potvrdily. Otázku tvořily dvě části. V první části byla otázka kladena uzavřenou formou. Ze všech dotazovaných uvedlo 45 % respondentů, že je spokojeno se svým dosavadním stravovacím režimem. Více než polovina sester 55 % je naopak nespokojena. Druhá část otázky se týkala respondentů, kteří zvolili možnost Ne. Zde jsem se sester dotazovala na důvod jejich nespokojenosti se svým vlastním stravovacím režimem.

Respondenti odpovídali písemnou formou. Nejčastějším odůvodněním jejich nespokojenosti byla nepravidelnost stravování a nedostatek času. Tento důvod udává více než polovina sester. Dále pak špatné stravovací návyky, zde se odpovědi shodovaly v jednom bodě: sestry ví jak by se měly stravovat, ale neřídí se podle toho. Ke stejnému poznatku došel i výzkum, realizovaný ČR a SR (Starnovská, 2011, s. 44). Jako další důvod sestry uváděly nedostatečné podmínky ke stravování. Fakt, že více než polovina respondentů je nespokojena se svým stravovacím režimem považují za negativní výsledek a poukazuje na nepříznivou situaci všeobecných sester.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1 Zmapovat stravovací podmínky všeobecných sester ve dvousměnném provozu

Pro dodržování vhodného stravovacího režimu všeobecných sester jsou velmi důležité podmínky pro stravování. Tomuto tématu se věnují otázky č. 16 a 17.

Otázka č. 16 měla za cíl zjistit, zda sestry mají na svém pracovišti prostor k přípravě či ohřátí stravy a tekutin. Vysoké procento (94 %) respondentů uvedlo, že tuto možnost ve svém zaměstnání má. Celkem 6 % sester bohužel nemá k dispozici žádné místo určené pro přípravu či ohřátí jídla. K této otázce jsem nenašla žádné výsledky, které bych mohla porovnat s vlastními zjištěnými hodnotami, ale považuji tento výsledek za velmi pozitivní.

Na otázku č. 17, která zkoumala, zda mají sestry na svém pracovišti prostor ke stravování a odpočinku, respondenti nejčastěji odpovídali kladně (85 %). Naopak 15 % sester nemá ve svém zaměstnání žádný prostor ke stravování, což považují za nevyhovující. Fakt, že některé sestry nemají prostor, určený pro odpočinek, odreagování a stravování, může na ně působit negativně a do jisté míry demotivačně.

Dílčí cíl č. 2 : Zjistit zda u sester ve dvousměnném provozu došlo k výraznému zvýšení / snížení tělesné hmotnosti (více než 5 kg) od nástupu do současného zaměstnání

K tomuto cíli se váže otázka č. 24. Cílem této otázky bylo zjistit, zda se u zkoumaného souboru vyskytl výrazný nárůst / snížení tělesné hmotnosti (5 kg a víc) od doby nástupu do současného zaměstnání. Fakt, že u 49 (33 %) respondentů došlo k nárůstu tělesné hmotnosti je znepokojivý. Dokazuje to, že stravovací režim všeobecných sester má jisté mezery i přes to, že více než polovina dotazovaných (58 %) nezaznamenala změny v tělesné hmotnosti. Výzkum Bc. Mouchové ukazuje rozdílné výsledky. Respondentů, kteří zaznamenali nárůst na váze bylo 78 % a to není příznivá situace.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit, jestli se sestry ve dvousměnném provozu stravují pravidelně v pěti doporučených dávkách

K tomuto cíli se váže otázka č. 8, kterou jsem již výše rozpracovala. Výsledné hodnoty ukázaly, že všeobecné sestry z výzkumného souboru se v pěti doporučených dávkách

nestravují a jejich stravovací režim je spíše nepravidelný. Pouhých 5 % respondentů se stravuje pravidelně v souladu s tímto doporučením.

Dílčí cíl č. 4 Zjistit, kolik respondentů z výzkumného vzorku trpí zažívacími a dyspeptickými obtížemi

Tento cíl měla za úkol zkoumat otázka č. 23. Výsledné hodnoty ukázaly, že vysoké procento respondentů (73 %) netrpí žádnými zažívacími ani dyspeptickými obtížemi. To je pozitivní výsledek. Naopak z výzkumného souboru těmito obtížemi trpí 27 % dotazovaných. Toto procento není nízké. Výskyt těchto obtíží může být podmíněn povahou tohoto náročného povolání, stresem, časovou náročností a podobně.

Dílčí cíl č. 5 Zjistit, zda sestry v pracovní směně pijí doporučené množství tekutin

Tímto cílem se zabývaly otázky č. 19, 20, 21.

Otázka č. 19 měla za cíl zjistit, jak si sestry zajišťují tekutiny na směnu. Zde byly výsledky poměrně vyrovnané. Téměř polovina respondentů (49 %) si nosí tekutiny z domova. Tekutiny na pracovišti má k dispozici 44 % dotazovaných a celkem 7 % sester označilo obě možnosti. K této otázce jsem nenašla žádné výsledky, které bych mohla porovnat s vlastními zjištěnými hodnotami, hodnotím však kladně, že poměrně vysoké procento respondentů má k dispozici tekutiny na pracovišti. Podle mého názoru, dostupnost tekutin na pracovišti může významně podpořit pitný režim všeobecných sester.

Otázkou č. 20 jsem zkoumala množství tekutin, které sestry vypijí během pracovní směny. Více než polovina respondentů (59 %) uvedla, že vypije 1 – 2 litry. Méně než 1 litr vypije 30 % sester a více než 2 litry vypije 11 % dotazovaných. Doporučení pitného režimu jsou různá. Často se veřejnost setkává s doporučením, které uvádí, že je nutné vypít minimálně 2, 5 l tekutin či více. Záleží však na mnoha faktorech – pohlaví, věku, hmotnosti a složení těla, okolní teplotě a vlhkosti vzduchu, zdravotním stavu apod. Každý člověk by měl být poučen o příznacích dehydratace, aby byl schopen optimálně regulovat svůj příjem tekutin. (Matějová & Pokorná, 2010, s. 38). Nicméně povolání všeobecné sestry je fyzicky velice náročné a proto mne fakt, že 30 % sester vypije během směny méně než 1 litr tekutin, přijde znepokojující.

U otázky č. 21 jsem se zaměřila na množství tekutin, které sestry vypijí během 24 h. Více než polovina respondentů (57 %) vypije za 24 hodin 1 – 2 l tekutin. To je téměř stejné množství jak tomu bylo u předešlé otázky. Více než 2 l vypije 13 % sester, to je výsledek o dvě procenta vyšší než u pitného režimu během směny. Méně než 1 l vypije 13 % dotazovaných. Zde je procento o poznání nižší, což hodnotím pozitivně. Podle výsledků výzkumu Bc. Adámkové se denní příjem tekutin pohyboval u poloviny 51 % respondentů mezi 1 – 1, 5 l tekutin. Zde se naše výsledky podobají.

Otázkou č. 22 jsem zjišťovala množství šálků kávy a kofeinových nápojů, které sestry vypijí během pracovní směny. Celkem 53 % dotazovaných vypije 1 – 2 šálky. Podle

výsledků Bc. Adámkové vypije toto množství kávy 30 % dotazovaných. Sester, které vypijí 3 – 4 šálky bylo 31 %. Zde jsou naše výsledné hodnoty rozdílné. Podle Adámkové vypije toto množství kávy více než polovina respondentů. Kávu ani kofeinové nápoje nepije 10 % všeobecných sester. Tento výsledek se dá považovat za pozitivní. Vzhledem k náročnosti povolání všeobecné sestry jsem očekávala mnohem vyšší procento sester, které vypijí 3 – 4 šálků kávy denně.

Práce sestry je hektická a najít si dostatek času může znamenat překážku. Úskalí může nastat v případě, že sestra nevěnuje dotazníku plnou pozornost. To může vést k ovlivnění výsledků. Tomuto zkreslení se ovšem jen obtížně dá zabránit.

Tato bakalářská práce poskytuje náhled na stav pitného, ale především stravovacího režimu vybraného výzkumného vzorku všeobecných sester. Víím, že za dané situace v českých nemocnicích mají sestry obtížné podmínky pro změnu svých stravovacích návyků. Práce je často velice časově náročná a vzít si regulérní přestávku, která trvá déle než deset minut, může být nereálná.

Pokud bych měla kriticky zhodnotit tuto práci, zaměřila bych se na otázku č. 23. V této otázce jsem se respondentů dotazovala, zda trpí častými zažívacími nebo dyspeptickými obtížemi. Po zpětné úvaze jsem usoudila, že zde jsem mohla otázku formulovat konkrétněji. Vycházela jsem z předpokladu, že se dotazníky dostanou do rukou zdravotníků, kteří ví jaké příznaky tyto obtíže sebou přináší. Mohlo tedy dojít ke zkreslení výsledků ve smyslu nedostatečného pochopení otázky.

6. Návrhy pro praxi

V této kapitole jsem se zabývala návrhy, které by v praxi, podle mého názoru, mohly zlepšit úroveň stravovacího a pitného režimu všeobecných sester. Práce sestry byla a bude vždy náročnou profesí, zatěžující sestru psychicky a fyzicky. Je proto důležité, aby se sestry zamyslely nad svými stravovacími návyky a začaly o sebe dbát.

Mým prvním návrhem je utvoření časového harmonogramu přestávek. Tento harmonogram by byl každé ráno staniční sestrou aktualizován. Sestra by tak byla informována, kdy přesně má jít na přestávku a mohla si tak přizpůsobit a rozplánovat svoji práci. V průběhu přestávky by sestra neměla být nikým rušena tak, aby měla dostatečný prostor k stravování a odpočinku. Mohu z vlastní zkušenosti potvrdit, že v zahraničí jsem se s touto metodou setkávala velice často. Během svého téměř dvouletého působení jako zdravotnický asistent v anglických nemocnicích Queen Alexandra Hospital a James Cook University Hospital, jsem se setkala s velmi důrazným apelem na dodržení přestávek během směny. Každý člen zdravotnického týmu měl nárok na dvacetiminutovou přestávku po šesti hodinách nepřetržité práce a nesměl být při ní nikým vyrušen. Toto bylo organizačně velmi dobře zvládnuto.

Druhým návrhem je realizace semináře pro sestry pracující ve dvousměnném a trojsměnném provozu. Obsahová náplň semináře by se mohla zabývat tématy: sestra a výživa, stravovací a pitný režim, dopady nevhodných stravovacích návyků na zdraví apod.

Třetím návrhem je utvoření a distribuce edukačního materiálu, jehož návrh je vložen v příloze práce. Propagace edukačního letáku by mohla být realizována osobním předáním staničním sestrám, distribucí materiálu v rámci semináře nebo umístěním letáku volně na sesterně daného oddělení.

7. Závěr

Bakalářská práce se zabývá stravovacím a pitným režimem všeobecných sester na vybraných pracovištích se zaměřením na třísměnný provoz. Toto téma je neustále aktuální. Situace v českém zdravotnictví, kde je narůstající nedostatek všeobecných sester, není příznivá. Sestry musí zastat mnohem více práce a prostor pro jejich odpočinek a stravování se zužuje.

Empirický výzkum byl zpracován kvantitativní metodou. Sběr dat byl realizován pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Výzkum proběhl v rámci nejmenované fakultní nemocnice v Praze. Do šetření bylo zapojeno 8 klinik. Celkový počet dotazníků, který mohl být použit pro empirické potřeby činil 150.

Dotazník se skládal z 24 otázek. Prvních 6 otázek mělo za cíl získat základní informace o respondentech. Výzkumný soubor tvořily především ženy ve věkovém horizontu 21 – 30 let. Z hlediska zastoupení jednotlivých pracovišť měla nejsilnější účast oddělení lůžková (více než polovina), dále následovalo oddělení JIP a ARO. Ze souhrnných výpočtů BMI vyplývá, že méně než polovina respondentů má potíže s nadváhou (32%) či obezitou (11%). Vyhodnocená data druhé části dotazníku ukázala, že stravovací režim všeobecných sester je spíše nepravidelný. Všeobecné sestry se během pracovní směny nejčastěji stravují 2 x až 3 x denně. Více než polovina dotazovaných snídá až po příchodu do zaměstnání. Vysoký počet respondentů obědvá mezi 13 – 14 hodinou (79 %) a večeří až doma po příchodu ze zaměstnání (67 %). Dodržování vhodného stravovacího režimu v nočním provozu je náročné a výsledné hodnoty toto tvrzení potvrdily. Sestry nejčastěji večeří až na noční směně (58 %) a stravují se pouze 1 x za noc (62 %). Během denní pracovní směny sice sestry možnost přestávky na jídlo využívají, ale nepravidelně (70 %). Všeobecné sestry si často nosí jídlo z domova a stravují se na pracovišti (53%). Většina respondentů má k dispozici prostor určený k přípravě či ohřátí jídla (94%). Vysoké procento dotazovaných má k dispozici prostor určený ke stravování a odpočinku (85 %). Naopak 15 % sester tuto možnost nemá. Výzkum také ukázal, že sestry jsou spíše nespokojeny se svým stravovacím režimem (55 %). Nejčastějším odůvodněním jejich nespokojenosti byla nepravidelnost stravování a nedostatek času. Odpovědi na otázky, které se týkaly pitného režimu ukázaly, že sestry vypijí během pracovní směny 1 – 2 l tekutin (59 %) a stejné množství tekutin vypijí za 24 h. Ze zkoumaného souboru celkem 30 % respondentů vypije méně než 1 l tekutin. Téměř polovina dotazovaných si tekutiny na směnu nosí z domova (49 %) a nebo je má k dispozici na oddělení (44 %). Více než polovina všeobecných sester v zapěstnání pije kávu v počtu 1 – 2 šálků. Vysoké procento respondentů (70%) uvedlo, že se u nich od doby nástupu do zaměstnání nevyskytl žádný výrazný úbytek ani nárůst tělesné hmotnosti. Všeobecné sestry z větší části (73 %) netrpí žádnými zažívacími ani dyspeptickými obtížemi.

8. Seznam použité literatury a informačních zdrojů

1. Adámková, V. (2011). Realita dodržování stravovacích doporučení v praxi – strava jako prevence civilizačních chorob, *Interní medicína pro praxi*, 13 (11), 427 – 430.
2. Adámková, D. (2008). Výživa sester na operačním sále, *bakalářská práce, Lékařská fakulta Masarykovi Univerzity*, 64.
3. Dostálová, J., & Dlouhý, P., & Tláškal, P., (2012). Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky, *Výživa a potraviny*, 67 (3), 80 – 83.
4. Dublejšová, J. (2011). Válka světů a hydratace, *Diagnóza V Ošetřovatelství, Aro, Jip*, 7(2), 15.
5. Eliášová, J., & Štarhová, D. (2012). Dehydratace versus rehydratace a pitný režim, *Ošetřovatelská praxe*, 2012 (2), 38.
6. Golková, M. (2011). Jídlo je lék i jed, *Bulletin, Sdružení praktických lékařů ČR*, 21 (3), 63.
7. Hlavatá, K. (2015). Výživa ve zdraví i nemoci, *Kazuistiky v angiologii*, 2(4), 30.
8. Hlavatá, K. (2014). Výživa v prevenci nádorových onemocnění, *Kazuistiky v diabetologii*, 12 (4), 26.
9. Jaroslav, P., (2014). Narušení cirkadiánních rytmů a civilizační choroby, pneumologie, *Acta Medicinæ*, 3 (6), 82.
10. Kasper, H., & Burghardt, W. (2015). Výživa v medicíně a dietetika (11. vyd., 572 s.), 1. české vydání, Praha: Grada.
11. Kazda, A., & kolektiv autorů (2012). Kritické stavy, metabolická a laboratorní problematika, (1. vyd., 346 s.). Praha: Galén.
12. Kohout, P. (2011). Káva a dehydratace, *Bulletin Sdružení praktických lékařů*, 3(11), 27-28.
13. Kunová, V. (2011). Zdravá výživa, (2. vyd., 140 s.). České Budějovice: Grada.
14. Martykánová, L. (2013). Jak na správnou výživu při práci ve směnném provozu? *Florence*, 5(13), 14.

15. Machálková, L., & Mikšová, Z. (2013). Percepce únavy a hodnocení spánku v kontextu pracovního režimu všeobecných sester, *Medicína pro praxi*, 10(8-9), 308-310.
16. Mouchová, P. (2013). Životní styl všeobecných sester. Repozitář závěrečných prací [online].
Dostupné z: <http://is.cuni.cz/webapps/zzp/search/>
17. Pokorná, J., & Matějová, H., (2010). Pitný režim, Lékařská fakulta MU, Brno, Ústav preventivního lékařství, *Výživa a potraviny*, 65 (2), 29 – 56.
18. Pretel, M. (2014). Poruchy cirkadiánního rytmu, *Practicus*, 13 (6), 38.
19. Pití nejméně tří šálků kávy denně zlepšuje jaterní funkci. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 2015, 7 (2), 80.
20. Pruthi, S. (2014). Factors that influence water needs. Mayo Clinic [online].
Dostupné z : <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/water/art-20044256?pg=2>
21. Rakárová, M., (2014). Posuzování způsobilosti k práci v noci, *Praktický lékař*, 94(2), 75-78.
22. Reed, D., (2014). Healthy Eating for Healthy Nurses: Nutrition Basics to Promote Health for Nurses and Patients, *The Online Journal of Issues in Nursing* [online].
Dostupné z: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No3-Sept-2014/Healthy-Eating-for-Healthy-Nurses.html>
23. Šefčíková, M., & Sochorová, N., & Hilšerová, S., & Šarapatka, J. (2014). Tekutiny a lidský organismus, *Urologie pro praxi*, 15 (2), 88.
24. Starnovská, T. Fakultní Thomayerova nemocnice, (2011). Průzkum: Jak se stravují zdravotní sestry, *Florence*, 7 (12), 44.
25. Stránský, M. (2014). Výživa v prevenci a léčbě diabetu, *sborník abstrakt*, 51.
26. Středa, L. a kolektiv (2013). Obézní pacient v interdisciplinárním pohledu, (1.

vyd., 60 s.). Praha: České vysoké učení technické.

27. Svačina, Š., & Müllerová, D., & Bretšnajdrová, A. (2013). Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty (2. vyd., 341 s.) Praha: Triton.
28. Szitányi, P., & Těšínský, P. a kolektiv (2013). Současné trendy v klinické výživě a intenzivní metabolické péči (1. vyd., 120 s.). Plzeň: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
29. Turek, B., & Šíma, P. (2013). Jak a proč výživa ovlivňuje zdraví: zdravotní tvrzení na potravinách (1. vyd., 48 s.) Praha: Potravinová komora České republiky, Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
30. Vybíhalová, L. (2013). Vliv povolání sestry na životní styl, *Sestra*, 23 (2), 66.
31. Voda pro pitný režim, Zpravodaj pro školní stravování, *Výživa a potraviny*, 2015, 70 (5), 140.
32. Vyskočil, F. (2014). Osmoreceptory, mozek a pocit žízně, *Vesmír*, 93(3), 135-136.
33. Walker, I. (2013). Výzkumné metody a statistika, (1. Vyd., 224 s.). Praha: Grada Publishing.
34. World Health Organisation, (2006). Global database on Body Mass Index [online].
Dostupné z: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
35. World Health Organisation, (2015). Q&As on Hypertension [online].
Dostupné z: <http://www.who.int/features/qa/82/en/>
36. World health organisation (2015). Obesity and overweight [online].
Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
37. World health organisation (2014). WHO open public consultation on the draft sugar guideline [online].
Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2014/consultation-sugar-guideline/en/>
38. Zadák, Z., (2014). O vlivu „minerálek“ na lidské zdraví, *Zdravotnické noviny*, 3 (22), 8.

39. Zákon č. 262/2006 Sb, Zákoník práce [online].
Dostupné z : http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z65_1965_2#par83
40. Zimmerman, M., & Snow, B. (2012). Nutrition and your health, *An Introduction to Nutrition* [online].
Dostupné z: <http://2012books.lardbucket.org/pdfs/an-introduction-to-nutrition.pdf>
41. Zlatohlávek, L., (2015). Mýty ve výživě a doporučení týkající se zdravé stravy v klinické praxi - komentář. *Medicína po Promoci*, 16(4), 286-291.

Seznam zkratek

WHO – World Health Organisation

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

JIP – Jedinotka Intenzivní péče

SCN -Suprachiasmatické jádro

SMK – Nasycené mastné kyseliny

Seznam grafů

Graf č. 1, str. 33: Pohlaví

Graf č. 2, str. 34: Věk

Graf č. 3, str. 34: BMI

Graf č. 4, str. 35: Pracoviště

Graf č. 5, str. 36: Odpracované roky

Graf č. 6, str. 39: Dvousměnný provoz

Graf č. 7, str. 40: Četnost stravování- denní směna

Graf č. 8, str. 40: Čas stravování- denní směna (snídaně)

Graf č. 9, str. 41: Čas stravování- denní směna (oběd)

Graf č. 10, str. 42: Čas stravování- denní směna (večeře)

Graf č. 11, str. 43: Četnost stravování- noční směna

Graf č. 12, str. 44: Přestávky na jídlo

Graf č. 13, str. 45: Obvyklé místo stravování

Graf č. 14, str. 45: Obvyklé místo stravování

Graf č. 15, str. 46: Příprava jídla na pracovišti

Graf č. 16, str. 46: Prostor k odpočinku

Graf č. 17, str. 47: Spokojenost se stravováním

Graf č. 18, str. 48: Zajištění tekutin

Graf č. 19, str. 49: Tekutiny za 12 h

Graf č. 20, str. 50: Tekutiny za 24h

Graf č. 21, str. 51: Káva a kofein

Graf č. 22, str. 52: Dispeptické obtíže

Graf č. 23, str. 53: Nárůst / snížení hmotnosti

Seznam tabulek

Tabulka č. 1, str. 33: Pohlaví

Tabulka č. 2, str. 34: Věk

Tabulka č. 3, str. 34: BMI

Tabulka č. 4, str. 35: Pracoviště

Tabulka č. 5, str. 36: Odpracované roky

Tabulka č. 6, str. 39: Dvousměnný provoz

Tabulka č. 7, str. 40: Četnost stravování- denní směna

Tabulka č. 8, str. 40: Čas stravování- denní směna (snídaně)

Tabulka č. 9, str. 41: Čas stravování- denní směna (oběd)

Tabulka č. 10, str. 42: Čas stravování- denní směna (večeře)

Tabulka č. 11, str. 42: Čas stravování- noční směna

Tabulka č. 12, str. 43: Četnost stravování- noční směna

Tabulka č. 13, str. 44: Přestávky na jídlo

Tabulka č. 14, str. 45: Obvyklé místo stravování

Tabulka č. 15, str. 46: Příprava jídla na pracovišti

Tabulka č. 16, str. 46: Prostor k odpočinku

Tabulka č. 17, str. 47: Spokojenost se stravováním

Tabulka č. 18, str. 48: Zajištění tekutin

Tabulka č. 19, str. 49: Tekutiny za 12 h

Tabulka č. 20, str. 50: Tekutiny za 24h

Tabulka č. 21, str. 51: Káva a kofein

Tabulka č. 22, str. 52: Dispeptické obtíže

Tabulka č. 23, str. 53: Nárůst / snížení hmotnosti

Seznam obrázků

Obrázek č.1, str. 7: BMI 2006, WHO

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Edukační materiál

Příloha č. 3: Prohlášení

Příloha č. 1 Dotazník

Milé kolegyně a kolegové,

jmenuji se Anna Neradová a jsem studentkou 1. lékařské fakulty University Karlovy, obor: Všeobecná sestra. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku pro moji bakalářskou práci „Stravovací a pitný režim u všeobecných sester na vybraných pracovištích“. Cílem mého výzkumu je zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester ve směnném provozu a jejich podmínky ke stravování. Prosím zaškrtněte odpověď, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

Chtěla bych upozornit, že dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity pouze pro vypracování bakalářské práce.

Děkuji za Vaši spolupráci a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Anna Neradová

Údaje o respondentovi

1) Pohlaví?

- ☐ Žena
- ☐ Muž

2) Kolik vám je let?

- ☐ 18 – 20 let
- ☐ 21 – 30 let
- ☐ 31 – 40 let
- ☐ 41 – 50 let
- ☐ Nad 50 let

3) Prosím uveďte, kolik měříte?

_____ cm

4) Prosím uveďte, kolik vážíte?

_____ kg

5) Uveďte vaše stávající pracoviště?

- ☐ Lůžková část Standard
- ☐ ARO
- ☐ JIP

6) Počet odpracovaných let ve zdravotnictví?

- ☐ < 1 rok
- ☐ < 3 roky
- ☐ < 5 let
- ☐ < 10 let
- ☐ < 20 let
- ☐ < 30 let
- ☐ Nad 31 let

Výzkumné otázky

7) Pracujete v dvousměnném 12h provozu? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

- ☐ Ano, pracuji v denním i nočním provozu
- ☐ Ne, pracuji pouze v denním provozu

8) Kolikrát denně jíte, když máte denní pracovní směnu (12h)? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

- ☐ 1 x denně
- ☐ 2 x denně
- ☐ 3 x denně
- ☐ 4 x denně
- ☐ 5 x a více

9) Kdy nejčastěji snídáte, když máte denní pracovní směnu? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

- ☐ Ráno, před odchodem z domova
- ☐ Snídám v zaměstnání
- ☐ Nesnídám vůbec

10) V kolik hodin obvykle obědváte, když máte denní pracovní směnu? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

- ☐ 11:00 – 12:00 h
- ☐ 13:00 – 14:00 h
- ☐ 15:00 a déle

11) Kdy večeříte, když máte denní pracovní směnu? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

- ☐ Na odpolední směně
- ☐ Doma, po příchodu ze zaměstnání

☐ Doma, v pozdních hodinách

12) Kdy večeříte, když máte noční pracovní směnu? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

☐ Před noční směnou

☐ Na noční směně

☐ Nevečeřím

13) Kolikrát obvykle jíte po dobu noční pracovní směny? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

☐ 1 x za noc

☐ 2 x za noc

☐ 3 x za noc

☐ 4 x za noc

☐ 5 x za noc

14) Využíváte pravidelně přestávky na jídlo? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

☐ Ano, minimálně 2 x za den

☐ Ano, maximálně 1x za den

☐ Ano, ale nepravidelně

15) Kde se nejčastěji stravujete? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

☐ V místním stravovacím zařízení (např. závodní jídelně, bufetu)

☐ Na pracovišti – jídlo si nosím připravené z domova

☐ Na pracovišti – jídlo si nechám doručit např. z restaurace, fast – foodu

☐ Na pracovišti – využívám rozvoz jídla z nemocniční jídelny

16) Máte na pracovišti k dispozici místo určené pro přípravu či ohřátí jídla a tekutin?

☐ Ano

☐ Ne

17) Máte na pracovišti prostor určený ke stravování či odpočinku?

☐ Ano

☐ Ne

18) Jste spokojen/á s vaším dosavadním stravovacím režimem?

☐ Ano, jsem spokojen/á

☐ Ne, nejsem spokojen/á

V případě, že jste odpověděl/a Ne uveďte proč? :

19) Jak si zajišťujete tekutiny na směnu? U této otázky můžete zvolit více odpovědí.

- ☐ Tekutiny si nosím z domova
- ☐ Tekutiny mám k dispozici na pracovišti

20) Kolik litrů tekutin vypijete během pracovní směny? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

- ☐ Méně než 1 l
- ☐ 1 – 2 l
- ☐ Více než 2 l

21) Kolik litrů tekutin vypijete za 24 h? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

- ☐ Méně než 1 l
- ☐ 1 – 2 l
- ☐ Více než 2 l

22) Kolik šálků (150 ml) kávy a kofeinových nápojů vypijete během pracovní směny? U této otázky je možné zvolit pouze jednu odpověď.

- ☐ 1 – 2 šálky
- ☐ 3 – 4 šálky
- ☐ 5 a více šálků
- ☐ Kávu ani kofeinové nápoje nepiji

23) Trpíte častými zažívacími nebo dyspeptickými obtížemi?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

24) Zaznamenali jste výrazný nárůst / snížení tělesné hmotnosti (5 kg a víc) při výkonu profese všeobecné sestry od nástupu do současného zaměstnání?

- ☐ Ano, zaznamenal/a jsem snížení tělesné hmotnosti
- ☐ Ano, zaznamenal/a jsem zvýšení tělesné hmotnosti
- ☐ Ne, nezaznamenala jsem snížení/zvýšení tělesné hmotnosti

Ještě jednou děkuji za Vaši spolupráci a přeji krásný den!

Zásady a časový harmonogram stravovacího a pitného režimu všeobecných sester pracujících na noční směně

Zásady stravování a pitného režimu

- Plánujte si stravu na vaší noční směnu dopředu
- Jezte pravidelně v podobě menších porcí a svačin
- Jezte alespoň pětkrát během noční směny (večeře, svačina, větší jídlo, svačina, snídaně)
- Jezte různé druhy zeleniny a ovoce
- Jezte vyváženou a pestrou stravu založenou více na potravinách rostlinného původu
- Snižte konzumaci uzenin, tučných sýrů, čokolád, chipsů
- Sladké nápoje nahraďte dostatečným množstvím neslazených nápojů
- Vyhněte se využívání místní fast-food restaurace, jídelních automatů, pití kalorických nápojů a konzumaci sladkostí
- Během noční směny pijte dostatečné množství tekutin (2 l)



Návrh stravovacího a pitného režimu s časovým harmonogramem

18:00	večeře (před noční směnou) vydatnější (brambor, kuřecí steak), zeleninový salát pitný režim: 300 ml tekutin (voda nebo ovocná šťáva)
21:00	1 kus ovoce, celozrnné pečivo, žervé pitný režim: 250ml tekutin (voda nebo ovocná šťáva)
00:00	větší jídlo těstoviny se zeleninou rizoto pitný režim: 300 ml tekutin (voda nebo ovocná šťáva)
03:00	svačina jogurt 1 kus ovoce (banán, jablko, pomeranč apod.) Celozrnné pečivo Pitný režim: 250 ml tekutin (voda nebo ovocná šťáva)
07:00	snídaně Kukuřičné lupínky ovesná kaše musli ovoce Pitný režim: bilinný čaj, 250 ml tekutin (voda nebo ovocná šťáva)

Příloha č. 3 Prohlášení

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

